

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE
DES
LÉSIONS DU COU
AU POINT DE VUE
DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
ENTRE L'HOMICIDE ET LE SUICIDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Vendredi 9 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alcide LÉNIEZ

né le 7 Mars 1872, à BESANÇON

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

1894

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE
DES
LÉSIONS DU COU
AU POINT DE VUE
DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
ENTRE L'HOMICIDE ET LE SUICIDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Vendredi 9 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alcide LÉNIEZ

né le 7 Mars 1872, à BESANÇON

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET Doyen
GAYET. Assesseur

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

Professeurs

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales	{ OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	
Pathologie externe	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRAPIER
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE
Hygiène	X...
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

Chargés de cours complémentaires

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug.), —
Botanique BEAUVISAGE. —

Agrégés

MM. AUGAGNEUR BEAUVISAGE CONDAMIN COURMONT DEROIDE DEVIC	MM. DIDELOT GANGOLPHE JABOULAY LANNOIS PERRET POLLOSSON (A.).	MM. ROCHET RODET ROLLET (Et.) ROQUE ROUX WEILL	MM. VIALLETON, BARRAL, chargé des fonctions d'agrégé. MOREAU id.
---	--	---	---

M. ETIEVANT, Secrétaire,

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LACASSAGNE, Président; M. PONCET, Assesseur; MM. VIALLETON et ROLLET, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises, dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

*A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR LÉNIEZ*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES TANTES

A MON FRÈRE

*A LA MÉMOIRE DE MON AMI
RAYMOND LIÉBRAY*

PRÉFACE

Ce travail, qui termine nos études médicales, nous permet de nous acquitter faiblement de la dette de reconnaissance que nous avons contractée pendant tout le cours de notre scolarité.

Nos remerciements iront tout d'abord à M. le professeur Lacassagne, qui nous a témoigné tant de bienveillance depuis notre arrivée à Lyon. C'est cette bienveillance qui nous a engagé à solliciter son savant patronage pour notre travail inaugural. De lui en vient la première conception, et c'est par ses savants conseils qu'il est mené à sa fin. Nous le remercions respectueusement de la sympathie qu'il a bien voulu nous montrer, de l'indulgente bonté avec laquelle il nous a aidé dans nos recherches et facilité notre tâche, et nous l'assurons de notre reconnaissance profonde.

Pendant ces trois années d'école, il n'a cessé de nous guider, de nous encourager, d'être pour nous le maître vénéré en qui l'on espère, en qui l'on a foi. Qu'il nous permette de le dire ici et de lui en exprimer toute notre affectueuse gratitude. Le souvenir de sa bonté demeurera

profondément gravé dans notre cœur, et nous lui demandons de bien vouloir nous continuer dans l'avenir l'intérêt qu'il nous a témoigné jusqu'à ce jour.

Nous remercions aussi nos maîtres de la Faculté de Lille et ceux de la Faculté de Lyon ; c'est dans leurs conseils et leurs leçons que nous avons puisé la confiance nécessaire pour entrer dans la carrière médicale. L'ambition de les imiter nous guidera désormais dans tous nos travaux, dans tous nos labeurs ; qu'ils nous la pardonnent, nous ne saurions en avoir de plus noble, et si la tâche n'est pas au-dessus de nos forces, qu'ils acceptent dès maintenant le mérite qui pourra nous revenir et qui ne sera dû qu'à eux.

Nous n'oublierons pas davantage nos chefs militaires, et en quittant l'Ecole nous tenons à les assurer de tout notre respect.

Le Val-de-Grâce va nous réunir pour une année encore à nos camarades de promotion ; ils ont tous été pour nous des amis qui ne seront jamais oubliés.

Mais nous emportons surtout une amitié précieuse et chère, celle du docteur Miramond de la Roche, et les sentiments d'attachement profond et sérieux qui nous unissent à lui ne s'effaceront pas.

Eu, 24 septembre 1894.

INTRODUCTION

L'étude que nous présentons nous a été inspirée par M. le professeur Lacassagne.

S'il était un moment où cette question devait nous attirer, c'était bien celui où nous l'avons entreprise. De passionnantes discussions s'élevaient autour d'un cas de suicide doublé, égorgement et pendaison, dont un médecin expert avait fait un assassinat. La thèse du suicide fut admise comme possible dans un rapport fait par le docteur Coutagne, et une consultation médicale de notre maître vint définitivement imposer un acquittement.

La question du diagnostic différentiel entre l'homicide et le suicide, particulièrement pour les lésions du cou, n'était donc pas résolue, et nous avons voulu la remettre à l'étude. Le sujet est très vaste et nous n'osons pas croire que nous avons pu le traiter sans lacunes. Notre but a été d'établir des indications aussi précises que le comportent les choses de la médecine légale, qui varient inévitablement et parfois dans de larges mesures, suivant les cas qui se présentent. Ces indications ont été résumées dans des tableaux qui seront en quelque sorte l'essence même de nos conclusions.

Reconnaître si un cadavre est celui d'un suicidé ou d'une victime d'un meurtrier est un problème dont l'importance n'est pas à démontrer. Souvent il se pose dans la pratique de la médecine légale.

« Il semblerait au premier abord, dit Taylor, que la détermination d'une question de cette nature soit entièrement en dehors du ressort d'un médecin légiste. Dans quelques cas il peut en être ainsi et cette détermination est laissée spécialement aux autorités légales ; mais dans un grand nombre d'autres, l'éclaircissement est lié de si près à des opinions et à des faits médicaux que les jurys ne pourraient jamais arriver à prendre une décision satisfaisante sans le témoignage médical. » Il nous semble même que les cas dont parle cet auteur où l'intervention de l'expert est inutile sont très rares. Ce sont ceux dans lesquels la lumière absolue est donnée par de nombreux témoins oculaires, ou encore, comme cela arrive parfois, lorsque les individus qui se suicident ont soin de faire connaître, par une lettre ou autrement, qu'ils se sont tués eux-mêmes. Tous les autres ne peuvent être éclaircis sans le secours de la science qui offre dans la matière un grand nombre d'observations relatées par les médecins légistes qui se sont succédés. Là, comme dans tous les autres faits de la justice et de la sociologie, la science apporte son large et puissant tribut.

Les progrès qu'il y avait à faire ont été mis en lumière par la trop célèbre affaire Calas dont nous reparlerons et par d'autres encore. Les progrès réalisés par les maîtres sont étalés dans toutes les publications, ils sont traduits par de brillants succès et en l'espèce, le rapport qui a imposé l'acquiescement de Meunier, dans l'affaire de Montmerle,

dont nous parlerons en détail dans notre chapitre de la pendaison est un document précieux et de premier ordre.

Il eût été très intéressant de traiter d'une façon complète la question du diagnostic différentiel entre l'homicide et le suicide ; mais c'était là un travail considérable dont nous ne pouvions pas faire le sujet de notre thèse. Nous nous sommes borné à l'étude des lésions du cou laissant à plus tard le reste de la tâche.

Le cou est en effet, le lieu d'élection des blessures pouvant en imposer pour un meurtre quand il y a suicide et réciproquement. L'égorgement suicide et l'égorgement homicide sont très fréquents. Les lésions de la région du cou par instruments piquants se rencontrent souvent et il y a là surtout un diagnostic différentiel à établir entre le meurtre et l'accident, moins fréquemment avec le suicide. Les litiges apportés par les blessures par armes à feu tout en étant plus rares, méritent une étude. Et enfin, la question augmente d'intérêt avec les cas de pendaison et de strangulation.

Nous consacrerons notre premier chapitre à l'exposition des éléments généraux de diagnostic.

La simulation dans les lésions du cou, tout en n'entrant pas absolument dans notre sujet fera l'objet du chapitre II.

Cette question, comme celle d'ailleurs des moyens de diagnostic entre l'homicide et le suicide n'a, jamais été traitée dans un ouvrage particulier et elle n'est, en général, que brièvement mentionnée dans les traités de médecine légale.

Les blessures sont très souvent simulées et cela dans les buts les plus divers ; de jeunes conscrits veulent se rendre impropres au service militaire ; dans d'autre cas,

cette simulation est faite dans l'intention d'obtenir des dommages-intérêts ou de faire supposer encore une tentative de meurtre, etc.

Dans notre troisième chapitre, nous traiterons des blessures du cou par instruments tranchants et piquants et par armes à feu.

La question si souvent débattue et souvent encore si difficile de la distinction entre la pendaison homicide et la pendaison suicide fera l'objet du chapitre IV.

Le dernier chapitre sera consacré aux cas litigieux de strangulation.

Le résumé des éléments principaux de diagnostic dans chaque cas nous tiendra lieu de conclusions auxquelles nous ne pourrions donner une forme plus concise et plus nette.

CHAPITRE I

Des Éléments généraux de diagnostic

Avant d'étudier les lésions du cou, soit par homicide, soit par suicide, dans les différents modes possibles : blessures par instruments tranchants, piquants et par armes à feu, pendaison, strangulation, nous voulons établir une conduite générale à tenir. La nécessité de règles fixées d'avance est grande. L'expert pourrait les suivre et trouverait là une sorte de code d'expertise criminelle pour le diagnostic du suicide et de l'assassinat.

Nous nous aidons, pour la rédaction de ce chapitre, de notes recueillies au cours fait cet été à la Faculté de droit par M. le professeur Lacassagne.

Après les définitions et quelques idées générales viendra l'étude des descentes de justice dans les cas qui nous occupent et des trois ordres de recherches auxquelles on doit procéder : le milieu, la victime, l'inculpé.

L'article 295 du code pénal est ainsi conçu : « L'homicide commis volontairement est qualifié meurtre. » L'article

296 définit l'assassinat : « Tout meurtre commis avec préméditation ou guet-apens est qualifié assassinat. »

L'assassinat n'est pas en lui-même une entité. Il ne peut pas prendre part dans une classification rigoureuse en médecine légale. Les maladies ne sauraient être dans chacune d'elles toujours comparées à elles-mêmes ; elles changent, évoluent et se terminent différemment chez chaque malade, de même les assassinats diffèrent dans chacune des victimes. Corvisart a qui l'on demandait un jour de montrer une pleurésie, répondit : « Il n'y a pas de pleurésie et je n'ai que des pleurétiques. » On peut dire de même : Il n'y a pas d'assassinat, il y a des assassinés et des assassins. Il en résulte une plus grande difficulté à surmonter pour l'expert devant la complexité des cas. Plus le nombre des moyens d'investigation sera grand, mieux on sera muni pour aller à la recherche de la vérité, aussi n'hésiterons-nous pas à les multiplier.

Le suicide non plus n'est pas en lui-même une entité. Il n'y a que des suicidés.

On peut donner du suicide cette définition : Le suicide est le meurtre ou l'assassinat de soi-même. Et alors, on conçoit immédiatement qu'on peut rencontrer (et cela se trouve à chaque moment de la carrière d'un médecin légiste) les mêmes procédés d'attentat à la vie et les mêmes causes de mort dans le suicide et dans l'assassinat. Cette difficulté peut s'accroître encore et les cas sont parfois plus complexes. On a décrit des suicides doublés et triplés. Dans le premier genre, on trouve le cas d'un Anglais qui se noie et se tire un coup de feu ; dans le second, l'homme aux trois liens, qui se tire un coup de feu, se pend et se noie. On a encore des observations de suicides étranges par la dynamite, la guillotine, etc.

La première opération qui se présente dans l'instruction d'une affaire est la descente de justice. Le magistrat et le médecin s'y rencontrent, chargés d'une tâche difficile qui demande une collaboration active et une entente parfaite.

LE MILIEU

Le premier ordre des recherches à faire est l'état des lieux. Il en résulte le procès-verbal de constat (article 32 du Code d'instruction criminelle).

La première impression que donne la scène d'un crime à un médecin légiste qui possède une longue pratique et une grande expérience éclaire dès le début parfois. Mais à quel prix cette qualité de l'expert doit-elle être achetée ! Et les débutants ne sauraient trop se méfier des impressions premières qui, à la longue, deviennent un auxiliaire puissant tandis qu'au début elles constituent un dangereux écueil dans les hypothèses à faire.

Les cas peuvent être d'une grande complexité ; on en jugera par les observations que nous avons groupées dans ce travail. Là, plus que partout, la prudence de l'expert est nécessaire ; et il résulte de nos lectures la conviction absolue que c'est surtout dans cette question que les vrais vertus du médecin légiste sont indispensables. Comme disaient les anciens, il faut « fermer les oreilles et ouvrir les yeux. » Il faut que l'interprétation de ce qu'on a constaté conserve son caractère purement scientifique, que les influences diverses qui s'attachent à un drame, les opinions entendues, les renseignements donnés ne préviennent pas l'esprit de l'auteur du rapport. Toutes

ces circonstances amènent à la reconstitution de la scène du crime, suicide ou homicide.

Cette reconstitution est toujours dangereuse même quand elle n'est basée que sur la constatation exclusive des faits. La démonstration de l'expert peut dans la majorité des cas suffire à la connaissance de la vérité; et si la science est impuissante, il est inutile que le médecin légiste sorte des limites de son domaine pour cacher l'impuissance de ses recherches et de ses efforts. Il semble préférable de se borner à décrire, à conclure, à réfuter, s'il y a lieu, de fausses conclusions antérieurement posées et de se garder d'imaginer en se basant sur des présomptions la succession des diverses phases du crime. La difficulté est très grande de rétablir ainsi l'absolue vérité. Les causes d'erreur sont trop nombreuses pour qu'on puisse espérer les vaincre. Il est d'ailleurs inutile que le médecin expert vienne encore ajouter une nouvelle hypothèse à celles que poseront le ministère public et la défense.

Il est plus sage et plus salulaire de répondre aux questions posées, d'avoir, si c'est possible, des conclusions nettes et claires, mais il ne faut pas prévoir des situations dans toute leur étendue. Il est parfois nécessaire de rétablir un acte, un geste, une position; cette question doit être forcément résolue, et souvent le médecin légiste n'aura que cette conclusion à établir. Ce que nous engageons à éviter, c'est de se laisser tenter, par des considérations extra-scientifiques ou des présomptions médicales mal soutenues par une interprétation insuffisante des lésions, à la reconstitution complète de la scène.

Il y a, en réalité, deux méthodes à opposer l'une à

l'autre : reconstituer ou ne pas reconstituer. La première fut longtemps en honneur dans l'Ecole de Tardieu ; on tend de plus en plus à l'abandonner et notre conviction s'est faite des leçons de la Faculté de Lyon où on en a montré l'inefficacité et les dangers vraiment graves.

C'est la première partie des opérations qui doit être faite avec le plus de précision. Un constat mal fait, pas plus qu'une autopsie mal faite, ne se recommencent.

L'étude portera d'abord sur l'endroit où s'est passé l'événement ; on notera le désordre et les choses en état sans oublier jamais qu'une mise en scène faite par l'assassin est toujours possible. C'est ainsi que souvent on rencontre la simulation d'un vol.

C'est presque toujours sur les lieux même du crime qu'on trouvera le mobile du meurtre ou de l'assassinat. Ceux que l'on rencontre le plus souvent et qui doivent venir tout d'abord à l'esprit sont : la cupidité, la haine, la vengeance, la jalousie, la mère des meurtres, disait Bossuet, et la satisfaction de l'instinct sexuel.

On relèvera la position du cadavre. Ce dernier ne devra point être touché. Le médecin devra l'examiner sur place. Il est bien évident que le moindre dérangement apporté dans la situation de la victime devient une complication parfois insurmontable. Aussi, est-ce une instruction qu'on ne saurait trop donner au moment où on est requis.

Comme le cadavre, les objets divers, les instruments du crime seront examinés sur place. Bien des fois, ils ont donné une piste précieuse. Tels, l'adresse tombée de la poche de Gécmay, le bouton du vêtement de Daugas, des lambeaux de vêtements incomplètement brûlés, comme cela arrive souvent quand ils ont été imbibés de pétrole (affaire Berthaud), des débris de sabot, etc.

Mais les preuves démonstratives les plus accablantes sont les empreintes et les taches diverses. Ce sont des témoins muets, mais qu'avec de l'habileté on peut faire éloquentement parler.

Ce sont d'abord les empreintes de pas et les empreintes de doigts, de mains, de pieds sur certains objets qui seront relevées avec les moyens d'investigation les plus récents qui donnent des résultats merveilleux, mais dans le détail desquels nous ne pouvons pas entrer.

Viendra ensuite l'étude des taches diverses, qui seront livrées ensuite au microscope et aux réactions chimiques. Ce sont les taches de sang avec les projections possibles sur les parties du voisinage; les taches de matières fécales, les taches de sperme et les taches de matière cérébrale.

LA VICTIME

La victime peut être connue ou inconnue. Quand elle est connue, il suffit de prendre son état civil, de noter sa profession et son domicile. Il est bon pourtant d'y ajouter le plus de renseignements possible sur sa famille, ses habitudes, ses maladies antérieures, son genre de vie et ses relations.

Lorsqu'elle est inconnue, on prend son signalement et les procédés du bertillonnage ont apporté dans la matière un précieux secours. Divers signes d'identité doivent être soigneusement relevés, ce sont : les marques professionnelles, les tatouages, les particularités diverses, dents, nævus, bandages herniaires, etc.

Les vêtements seront examinés; les déchirures, les

entailles seront étudiées avec précision et bien souvent on trouve là la clef d'une affaire (affaire Gouffé). Ces sortes de recherches ont été longuement traitées dans un récent travail de M. G. Bertillon, inspiré par le professeur Lacassagne.

Les taches de sang ne sont pas de moindre importance et méritent toute l'attention de l'expert. La direction de ces taches doit être très exactement recherchée. Mais il faut pour cela encore que le cadavre n'ait pas été bougé car les taches n'étant plus à leur place première, toute corrélation est définitivement perdue et ce sont de véritables énigmes pour le médecin légiste.

L'examen du cadavre sera le même que dans toutes les autres circonstances. On recherchera la date de la mort avec les moyens ordinaires : rigidité, température, putréfaction, décubitus, état de l'estomac; et enfin on donnera la cause de la mort.

Les blessures rencontrées seront interprétées avec une grande prudence. Ces blessures ont-elles été faites sur le vivant ou sur le cadavre? Ont-elles été faites par la victime elle-même ou par une main étrangère? Autant de questions à se poser et à résoudre. Et ici se place l'importante question de la présence d'une arme dans la main du cadavre comme signe du suicide, d'homicide ou de mort accidentelle. Nous relevons les opinions des maîtres de la médecine légale relatées dans le rapport du professeur Lacassagne sur le parricide de Chambéry.

Dans le *Traité de médecine légale* de Maschka (t. I, p. 512, article de Blumenstock sur la question : Est-ce un suicide, un homicide, ou une mort accidentelle), nous lisons les considérations suivantes sur le sujet qui nous

occupe : on a beaucoup écrit et discuté sur l'importance diagnostique à attribuer à l'arme tenue ferme (et quelquefois convulsivement) par le cadavre. Casper et Liman pensent que cette constatation est un signe certain de suicide : ils paraissent convaincus par leurs recherches que l'opinion émise par Kussmaul est erronée (v. *Prager Viertel jahrschrift* 1856, vol. 50 p. 113). Kussmaul croit que le même phénomène peut être obtenu sur un cadavre pendant la période de rigidité cadavérique ; si l'on vient à placer entre les doigts une arme au moment du relâchement musculaire, cette arme finit par être tenue assez fortement et il faut employer une certaine force pour l'enlever. De même Hofmann, dans un de ses mémoires, adopte plutôt l'opinion de Casper et Liman et pense que l'arme serrée « convulsivement » entre les doigts est un signe précieux pour le diagnostic du suicide : toutefois il ne nie pas la possibilité de constater qu'un cadavre puisse serrer fortement une arme qui était placée accidentellement dans sa main lorsqu'il a reçu le coup mortel. Hofmann ajoute avoir noté avec surprise ce fait qu'à Inspruk, où existe la coutume de placer un crucifix dans les mains croisées sur la poitrine de tous ceux qui succombent à l'hôpital, le jour suivant, alors que la rigidité cadavérique était au maximum, il parvenait facilement à arracher le crucifix.

Blumenstock confirme cette observation : dans son pays, chez tous les chrétiens, qu'ils meurent à domicile ou à l'hôpital, on place dans les mains un crucifix. Or ni lui, ni ses collègues ne furent obligés d'employer de la force pour sortir ce crucifix au moment d'une autopsie. Il ajoute que les opinions des auteurs sur la fréquence de

cette constatation sont très diverses. Alors que Taylor la regarde comme un fait des plus fréquent, Casper, Liman et Hofmann n'ont jamais rien observé de semblable et pensent qu'il se produit rarement. Hofmann déclare qu'il a toujours observé cette particularité sur des cadavres à l'amphithéâtre et que l'arme tenue peut-être avant dans la main a pu s'échapper. Blumenstock affirme n'avoir jamais trouvé l'arme ainsi tenue dans la main d'un cadavre, bien que souvent il ait eu à pratiquer l'autopsie sur place et il ajoute, malgré tout le respect dû à l'autorité de Taylor, que l'auteur anglais a inutilement discuté une pure et simple vue théorique. Casper (*Traité de méd. lég.*, trad. L. Baillière, 1862, p. 216) s'exprime ainsi : « L'état des mains du cadavre, ou du moins la plupart du temps l'état de la main droite, n'a pas la valeur qu'on lui attribue ordinairement ; cependant les mains méritent d'être examinées et peuvent offrir des renseignements utiles. Ainsi lorsqu'on trouve le pistolet serré dans la main du cadavre, c'est une preuve certaine du suicide, quelquefois on ne peut retirer l'arme qu'en sciant les doigts ; je dis une preuve certaine du suicide, car il sera impossible à un tiers de produire cet effet après la mort. » Il cite ensuite les expériences de Kussmaul qu'il considère comme erronées et il ajoute : « J'ai mis dans la main d'hommes qui venaient de mourir depuis quelques instants à l'hôpital, et certainement avant le commencement de la rigidité, des morceaux de bois, des manches de pistolet et autres instruments, puis, fléchissant les doigts, j'ai enveloppé la main tenant l'instrument avec des mouchoirs, j'ai maintenu le tout serré avec du diachylon et j'ai attendu la rigidité. Dans tous les cas, sans exception, l'instrument

peut être enlevé avec la plus grande facilité : ainsi, quand l'arme est serrée dans la main du cadavre, il faut conclure qu'il y a eu suicide.

Taylor, dans son grand *Traité de médecine légale* (chap. IV, p. 64), dit que des rasoirs et des pistolets ont été trouvés dans les mains de suicidés où ils sont maintenus pendant une longue période. Il faut parfois déployer de la force pour les enlever.

Ainsi, Devergie fait observer que bien que les bras, en beaucoup de cas, au moment de la mort, tombent aux côtés du corps, dans un état de collapsus, il y a beaucoup d'autres cas où leur position même peut éclairer sur la façon dont ils sont morts.

Dans un cas de suicide par coup de pistolet, il a trouvé, en entrant dans l'appartement, la main et le bras droits de la victime tournés vers le côté de la tête contre lequel le coup avait été tiré.

Taylor, dans son *Traité pratique* traduit par Coutagne, fait les réflexions suivantes (p. 272) : « Si l'instrument est serré fortement dans la main, on ne peut rencontrer de meilleure preuve circonstancielle de suicide. L'étreinte de l'arme semble être due à un spasme musculaire persistant après la mort et se manifestant sous la forme de ce qu'on a appelé le spasme cadavérique, état tout à fait distinct de la rigidité, quoique y conduisant. Il ne semble pas possible qu'un meurtrier puisse imiter ce signe, puisque la main en résolution d'une personne morte ne peut être amenée à se contracter et à retenir une arme comme la main qui l'a tenue avec fermeté par une contraction musculaire puissante au dernier moment de la vie. »

Il donne ensuite une curieuse observation dans laquelle le diagnostic se posait entre l'homicide et le suicide.

« Une femme fut trouvée par un médecin la gorge ouverte sur les parties latérales. Elle était couchée près du lit, un large couteau de cuisine maintenu dans la main qui le serrait à peine. Il était placé dans l'axe du corps, le dos de la lame tourné contre la poitrine, la partie tranchante en avant. Il y avait du sang desséché sur la lame et sur le manche.

« Le bras droit était en partie sous le lit.

« La blessure intéressait le cartilage thyroïde et les artères et les nerfs du voisinage. On avait piqué profondément au-dessous du larynx et le couteau, retiré en bas et à gauche, avait fait une longue blessure.

« L'examen médical montra qu'il était impossible que la femme se soit fait elle-même une pareille blessure, lors même qu'elle avait un couteau dans la main. »

F. Hofmann, dans sa *Médecine légale* (éd. française, p. 267), dit :

« L'arme trouvée dans la main du suicidé a la même signification que le couteau dans les cas de suicide par section du cou. Cette particularité semble pourtant se rencontrer plus souvent dans le suicide par arme à feu que dans celui de section du cou. Le serrement convulsif de l'arme ne prouve absolument rien par lui-même, car la même chose peut arriver quand un individu a été tué par un coup de feu, tandis qu'il tenait lui-même une arme à feu dans la main. »

Tourdes (art. *Cadavre* du Dict. Dechambre, p. 418) fait connaître ainsi son opinion sur ce sujet : « Il peut arriver qu'une contraction commencée pendant la vie se

continue après la mort jusqu'à se confondre avec la rigidité : c'est ainsi qu'on explique comment l'arme restée dans la main d'un suicidé y semble tenue avec une grande force. La rigidité cadavérique suffit pour produire cet effet ; nous avons fait placer un pistolet dans la main d'un cadavre au moment même de la mort, en appliquant la main sur l'arme au moyen d'une bande ; le lendemain, la rigidité était complète et l'arme était maintenue avec assez de solidité pour qu'on pût manier le bras sans la faire tomber ; il fallut un effort pour la retirer. Deux jours après, la main avait encore son attitude caractéristique, les trois derniers doigts fléchis vers la paume et l'index recourbé pour toucher la gâchette. »

Dans l'article *Mort*, Tourdes fait encore remarquer (p. 677) que la rigidité se développe rapidement aux mains et y persiste longtemps. Il ajoute :

« L'arme dans la main de la victime est un signe de suicide, à moins que cette arme ne soit celle avec laquelle elle eût cherché à se défendre. L'arme fortement serrée dans les derniers moments de la vie reste ainsi après la mort et ne peut être détachée qu'avec un effort notable. »

On a cherché à imiter cet effet après la mort, mais sans y réussir : l'arme placée dans la main n'y tient pas. On a affirmé qu'en mettant une arme dans la main d'un cadavre, avant la rigidité cadavérique, elle y était solidement maintenue lorsque les muscles se raidissaient. Casper a répété cette expérience sans obtenir les mêmes résultats.

Cette différence dans la constriction servirait à faire connaître si l'arme a été tenue pendant la vie, ou si, pour donner le change, elle a été placée dans la main d'un cadavre. Nous terminons ces citations en rapportant une

observation curieuse tirée du *Bulletin médical de Bordeaux* (28 novembre 1835) :

« Le 5 juillet dernier, nous fûmes requis, par deux commissaires de police, de nous transporter au domicile du sieur M..., que nous trouvâmes dans l'état suivant : il était assis sur un fauteuil placé à côté d'un lit ; le coude gauche appuyait sur ce dernier vers le chevet ; la main droite, armée d'un pistolet déchargé, reposait sur le milieu de la cuisse du même côté ; la presque totalité du canon dépassait le bord interne de la cuisse, de manière que l'arme ne pouvait éprouver le moindre mouvement sans tomber sur le plancher ; le projectile, que nous ne trouvâmes pas, après avoir presque enlevé le visage, avait brisé et traversé le pariétal gauche. Une grande quantité de sang s'était écoulée de la plaie ; la levée du corps est faite deux heures après la mort.

« Le sieur M... était père d'un fils avec qui il avait coutume de faire de fortes libations. Le 5 juillet, il en avait été ainsi et le fils s'était endormi sur son lit ; il ne fut réveillé que par le bruit du coup de pistolet que venait de se tirer son père.

« Les commissaires de police crurent à un parricide et le revolver, placé comme il l'était dans la main du cadavre, n'étaient, disaient-ils, qu'un moyen employé par l'assassin pour tromper la justice. Cette circonstance leur paraissait avoir d'autant plus de valeur que si l'on portait avec précaution la main et le pistolet dans la position qu'avait dû leur donner M... pour se brûler la cervelle et qu'on les abandonnât ensuite à leur propre poids, le pistolet s'échappait de la main et roulait sur le plancher.

« Nous fûmes d'abord de leur avis. Mais, vu l'état et la

position du corps, nous fûmes obligés d'admettre qu'il y avait suicide. Du reste la contraction des doigts de la main qui avait saisi l'arme homicide n'avait pas dû cesser à l'instant même où le projectile avait détruit la vie du cerveau. D'après cette donnée physiologique, on concevait très bien comment le pistolet n'était pas tombé aussitôt après l'explosion. »

« Désireux de nous faire une opinion personnelle sur cette question, nous avons avec notre préparateur Etienne Martin, dit le professeur Lacassagne, entrepris des expériences sur des cadavres à l'Hôtel-Dieu et à la Morgue, à l'effet d'établir :

1° Si l'on pouvait faire tenir dans la main d'un cadavre un revolver d'un certain poids;

2° S'il est possible que la main maintienne l'arme assez solidement pour qu'on éprouve une certaine difficulté soit à la faire tomber en secouant le membre, soit à l'enlever lorsque le corps est en état de rigidité.

Pour cela nous avons opéré de la façon suivante. Douze cadavres dont nous connaissons l'âge, la cause et l'heure de la mort nous ont servi de sujets d'observation.

Chacun d'eux a été mis en expérience peu de temps après le décès. Alors que la rigidité était commençante, nous avons placé dans leur main droite des revolvers pesant en moyenne 350 grammes après avoir disposé les doigts de telle sorte qu'ils embrassent la crosse de l'arme. De plus, nous avons placé le bras étendu le long du corps, écarté quelque peu de celui-ci afin de laisser à la main une indépendance complète ou dans la position de celui d'un homme qui se suicide.

Voici ce que nous avons observé. Quatre de ces cadavres, âgés de 40, 50 et 68 ans, examinés et mis en expérience, deux, six ou huit heures après la mort, en état de rigidité commençante ont maintenu l'arme immédiatement.

Cinq, âgés de 35, 40, 45, 50 et 62, mis en expérience quatre à huit heures après la mort, n'étaient pas en état de rigidité et n'ont pas pu maintenir immédiatement l'arme. Celle-ci fixée à l'aide de liens dans leurs mains a été très bien tenue lorsque la rigidité est arrivée.

Deux étaient en état de rigidité lorsque nous avons fait nos expériences, l'arme introduite dans la main crispée a été très bien tenue.

Un seul, mort de cancer à l'estomac, chez lequel la rigidité a presque passé inaperçue n'a pas pu tenir une arme dans sa main.

Il résulte de ces observations :

Qu'un cadavre peut très bien après la mort tenir une arme dans sa main droite. Qu'en état de rigidité complète, cette arme est solidement maintenue et peut ne pas tomber lorsque l'on imprime au membre des secousses assez fortes, que l'on peut même éprouver une certaine difficulté à arracher l'instrument de la main qui l'enserre.

Faisons remarquer toutefois que les doigts sous l'action de la rigidité cadavérique se crispent d'une façon spéciale sur la crosse de l'arme. Celle-ci est serrée contre la paume de la main et les deux dernières phalanges dont l'articulation est absolument rigide. Nous n'avons jamais observé que la phalangette se recourbe sur la phalange comme le fait se produit lorsqu'on tient dans sa main un revolver. Cette dernière position semblerait spéciale aux

suicidés chez lesquels le spasme cadavérique maintient l'arme dans la main.

Nous avons cru qu'il serait encore utile pour nous éclairer sur la position de l'arme dans la main des suicidés de rechercher parmi les suicides de plus de 1200 suicidés lyonnais (comprenant une période de 10 ans, 1883 à 1892) quelles ont été les diverses positions de l'arme et du bras signalées dans les rapports des commissaires de police et des médecins experts.

Nous avons trouvé les résultats suivants : Les gens qui se suicident avec un revolver prennent le plus souvent une des positions suivantes. Ils sont assis, debout ou couchés. Sont-ils assis ? Le revolver reste presque toujours dans leur main qui vient prendre un point d'appui sur leur cuisse, repliée sur le bras du fauteuil ou du siège, et facilite ainsi le maintien de l'arme, cette position s'opposant à l'action directe de la pesanteur.

Sont-ils debout ? Ils gardent rarement le revolver à la main, dans leur chute ils lâchent l'arme que l'on trouve entre leurs jambes ou plus ou moins loin du corps.

Sont-ils couchés ? Les cas où ils conservent l'arme en main sont à peu près aussi fréquents que ceux où l'arme tombe. Les circonstances, l'attitude du corps dans le lit expliquent ces diverses positions.

Nous n'avons trouvé qu'un cas où le cadavre tenait dans la main droite crispée un revolver calibre 7 ; le canon était encore dirigé du côté de la figure.

En résumé, bien que tous les auteurs ne soient pas d'accord sur ce point il nous semble résulter de nos recherches et de nos expériences qu'une arme mise dans la main d'un cadavre peut, sous l'influence de la rigidité, être fortement maintenue.

Les suicidés serrent parfois l'arme, la maintiennent dans une position qui est en rapport avec l'attitude qu'avait le corps quand ils se sont donné la mort. Dans les cas de mort foudroyante, s'il y a spasme cadavérique, le bras peut être figé, catalepsié dans la position ultime. Nous n'avons constaté en aucune circonstance des mouvements complexes ou combinés ».

On n'oubliera pas de regarder s'il y a ouverture ou occlusion des paupières. On peut, en effet, retirer de ce fait une interprétation tout à fait spéciale dans la question qui nous occupe. C'est ainsi que notre maître a pu dire, dans son rapport de l'affaire de Chambéry : « Que Z... père se soit suicidé ou ait été assassiné son corps aurait dû être trouvé les yeux ouverts, ou au moins entr'ouverts. Si les paupières étaient closes, c'est qu'elles ont été fermées par une main étrangère. Ce serait alors une preuve de mise en scène qui avait pour but la simulation du suicide. »

Les victimes de mort violente succombent-elles les yeux ouverts ou fermés ?

« Montrons d'abord les matériaux que la science possède sur cette question, écrit Lacassagne.

Dans la description des signes de la mort (art. *Mort*) du dictionnaire encyclopédique de Dechambre, M. Tourdes dit : « L'ouverture des yeux et de la bouche, la chute des lèvres sont aussi des signes d'une grande valeur : personne ne meurt la bouche et les yeux fermés, a dit Casper. Fermer les yeux à quelqu'un est une de ces expressions caractéristiques qui montrent à cet égard l'opinion commune. On se hâte ordinairement après la mort de fermer les yeux et de rapprocher les mâchoires avant la rigidité, pour éviter l'impression pénible que produisent les yeux éteints et la bouche ouverte » (p.645)...

et plus loin (p. 656). « Au moment de la mort, les paupières sont à demi ouvertes avec le regard fixe : l'occlusion des yeux doit même faire naître un doute si elle n'a été artificiellement opérée. A toutes les époques on avait remarqué qu'on mourait les yeux entr'ouverts. La mort de Socrate est ainsi décrite : « Il ne répondit rien, et un peu de temps après il fit un mouvement convulsif. Alors l'homme le découvrit tout à fait : ses regards étaient fixes; Criton, s'en étant aperçu, lui ferma la bouche et les yeux. »

La paralysie subite du système musculaire détermine le relâchement des sphincters, et comme l'a avancé Muller, la paralysie des sphincters est plus rapide que celle des autres muscles (Muller : *Sur les signes de la mort fournis par l'appareil de la vision*, thèse de Strasbourg, 1876).

C'est, je crois, au congrès international de médecine légale (1 vol., Paris, p. 168, Imprimerie nationale, 1879) de 1878, que la question suivante fut posée pour la première fois : l'état des paupières après la mort au point de vue médico-légal.

M. Devergie communiqua l'observation suivante : Une personne âgée, n'ayant avec elle qu'une gouvernante ou cuisinière, laquelle avait à sa disposition toutes les clefs de la maison, vint à mourir. L'héritier fut prévenu : c'était son neveu, qui, en entrant dans la chambre de la morte, est frappé de cette circonstance qu'elle a les paupières fermées. Et comme vous le savez, il est d'usage de décéder les paupières étant ouvertes, et les parents les plus proches tiennent à fermer les yeux du défunt : c'est une habitude. Le neveu est donc frappé de ce fait de la fermeture des paupières, et partant de cette idée, de cet usage que les paupières sont fermées ordinairement par les parents; l'héritier se rend près du meuble où devaient se trouver les valeurs mobilières. Il examina le tiroir, il chercha : tout avait été soustrait ou il n'existait aucune valeur.

« Sur ce fait se fonde immédiatement une accusation. On dit que c'est la gouvernante qui a dû fermer les yeux de Madame et qui a pris ensuite les clefs pour s'emparer de l'argent contenu dans le tiroir. La plainte est renvoyée au juge d'instruction, M. Delabaye, et, me dit celui-ci, j'étais sur le point de consulter un médecin légiste, lorsque j'ai eu la preuve que la cuisinière ou gouvernante s'était emparée des valeurs après avoir baissé les paupières de la morte. »

A ce propos, M. Galezowski exposa le résultat des recherches faites dans trente-quatre cas de mort. Il trouve que l'occlusion ou l'ouverture des paupières au moment de la mort ou après celle-ci était un phénomène inconstant. Puis il ajoute : « Pourtant si l'on examine chaque cas en particulier, on voit que les paupières restent plus souvent ouvertes après une mort violente ou une mort agitée et là où il y a eu douleur et lutte pendant l'agonie qu'après une mort tranquille, naturelle.

« Il est aussi bien avéré que de fortes émotions, une mort violente peuvent provoquer l'élévation palpébrale et laisser les yeux ouverts après la mort comme cela arrive chez les suppliciés. Mais quant à la durée de ce phénomène il est, nous le répétons, impossible de rien préciser. »

On en conviendra, si la question venait d'être posée, elle n'avait pas été résolue. Elle fut reprise devant la Société de médecine légale en 1885 (*Annales. d'hygiène*, p. 168, 1887) par M. le Dr Valude qui présenta un travail sur l'*Occlusion spontanée des paupières après la mort*. L'examen porta sur cent cadavres d'individus morts à l'Hôtel-Dieu de Paris. L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Environ 10 0/0 des sujets meurent les yeux fermés.

2° 90 0/0 meurent les yeux ouverts, soit grandement soit moyennement.

3° Parmi ceux qui meurent les yeux ouverts, environ 42 0/0 restent dans le même état et 46/00 subissent un mouvent d'occlusion qui s'effectue plus ou moins complètement suivant la situation des paupières au moment de la mort.

Le mouvement d'occlusion n'est pas indéfiniment prolongé et s'arrête de lui-même après quelques jours (on voit que le ramollissement du globe est loin de favoriser ce mouvement ainsi qu'on l'a prétendu).

Il est difficile, par conséquent, de formuler une règle fixe à l'égard de l'occlusion spontanée des paupières après la mort. Le reproche à faire aux recherches de Valude, c'est que les observations ont été prises à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu de Paris et que l'examen des cadavres ne s'est pas prolongé au delà de quatre jours.

Nous les avons complétées par des renseignements que nous

nous sommes procurés auprès de gens spéciaux et par nos propres observations.

Une sœur attachée depuis longtemps à un service clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon à qui nous avons demandé si les malades meurent les yeux ouverts ou fermés nous a répondu : les malades qui meurent en dormant ont toujours les yeux fermés. Il semble que les muscles palpébraux au lieu de se dilater au moment de la mort se contractent et il est parfois difficile d'écarter les paupières. Beaucoup de gens se réveillent au moment suprême et leurs paupières ne se ferment qu'à demi. On peut dire qu'ils meurent les yeux entr'ouverts.

Les emphysémateux, les poitrinaires, les cardiaques qui sont pris d'une oppression très forte meurent les yeux très grands ouverts. On dirait qu'ils vont parler aux personnes de l'entourage et leurs yeux fixes et grands ouverts causent une véritable frayeur.

En résumé, les trois quarts des gens meurent les yeux ouverts, surtout ceux qui sont sous le coup d'une émotion très forte (tuberculeux, cardiaques) et que la mort surprend en quelque sorte au moment où ils s'y attendent le moins.

Dans nos hôpitaux de Lyon, les sœurs ont l'habitude de fermer les yeux des individus qui viennent à mourir. Il arrive ainsi que les cadavres de nos amphithéâtres provenant des hôpitaux ont pour la plupart les yeux fermés.

Mais nous avons observé, et les garçons de l'amphithéâtre ont aussi constaté, que les cadavres aux yeux ouverts et qui ne sont soumis à aucune manipulation conservent malgré les progrès de la putréfaction cet état d'ouverture des paupières.

Quelques-uns de ces résultats peuvent être appliqués dans le cas qui nous intéresse. Nous allons maintenant exposer les matériaux que nous avons recueillis depuis 1878 sur les sujets morts à domicile ou sur la voie publique et qui ont donné lieu à des levées de corps ou à des autopsies à propos de mort subite suspecte ou criminelle.

Sur la plupart des cadavres d'individus qui ont succombé à la mort subite les yeux sont ouverts ; dans deux cas j'ai trouvé les paupières baissées, mais sur des individus morts pendant leur sommeil : l'un avait succombé à une rupture d'anévrisme, et l'autre à une hémorragie cérébrale.

Les victimes d'assassinat, de meurtre, les suicidés, qu'il aient succombé à une mort violente par coup de feu, de couteau ou autres traumatismes, ont après la mort les yeux grands ouverts ou mi-clos. Je n'en ai pas observé ayant les yeux complètement fermés. S'il y a eu lutte, violent effroi, mort rapide, les yeux sont d'autant plus ouverts. Si la mort se fait plus lentement, par asphyxie ou par hémorragie lente les yeux sont mi-clos. C'est ce que l'on constate souvent sur les pendus et les noyés.

Sur les décapités, les yeux sont toujours très grands ouverts. C'est ce que l'on observe par exemple sur les moulages des têtes d'une vingtaine de décapités que nous possédons dans notre musée.

Nous avons eu à conserver longtemps à la Morgue ou dans notre amphitéâtre des cadavres qui avaient succombé dans ces conditions, et nous n'avons pas vu de changement dans les paupières. »

Les plaies de défense sont dans l'espèce très convaincantes. On les relèvera avec les autres traces de lutte.

Les blessures seront comptées ; on en étudiera la succession, le siège et la gravité et elles seront soigneusement comparées aux instruments et aux projectiles.

S'il y a plusieurs victimes on s'efforcera de trouver l'ordre dans lequel elles ont été tuées. On se préparera ainsi à résoudre, quand elle sera posée, la question de survie souvent si ténébreuse (aff. Pranzini — aff. Marcon).

Souvent aussi se pose cette question : les blessures ont-elles été faites par un ou plusieurs individus, comme dans les affaires Praslin, Troppmann et celle de la rue J.-B.-Say.

L'INCULPÉ

L'examen de l'inculpé, pour être moins long, n'en est pas moins délicat. L'interprétation de faits relevés charge souvent d'une façon définitive et accablante, aussi demande-t-elle toute l'attention de l'homme de l'art.

Les vêtements seront l'objet d'une première étude ; on y relèvera les déchirures qui seront une preuve absolue de lutte s'il y a corrélation entre leur situation et les coups probablement portés par la victime. Les taches de sang seront examinées dans leur étendue, leur provenance, leur durée et leur direction.

Les instruments saisis seront mis dans la main de l'inculpé, on cherchera à rétablir le geste qui aura porté le coup et on tentera d'établir la corrélation la plus parfaite entre ces différentes phases de la scène du crime.

Les coups reçus par l'individu examiné seront interprétés avec beaucoup de précision. Car on conçoit aisément que les égratignures, les morsures, les plaies des mains, les coups d'ongle à la face, les cheveux et les poils arrachés deviendront autant de preuves d'une importance majeure. Les bras surtout doivent être examinés au poignet et à la saillie *deltoïdienne*, qui portent, comme dans l'affaire *Tanneur* rapportée par le professeur Lacassagne, les traces de doigts imprégnées en pleine contraction musculaire, avec la force que donne le dernier spasme de la mort à la victime qui se défend.

Les membres inférieurs principalement, et la région antérieure du tibia et sur le dos du pied portent presque toujours, quand il y a eu lutte, des ecchymoses par coups de pied.

CHAPITRE II

De la simulation dans les lésions du cou

BLESSURES SIMULÉES

Parmi les nombreux faits d'une si grande diversité, dont l'examen et l'appréciation sont l'objet de la médecine légale, les exemples de blessures simulées peuvent fournir un des plus curieux chapitres de cette science.

« Nul doute, dit Ollivier d'Angers, que dans les détails de chaque cas particulier, on trouverait un enseignement plus profitable que dans l'exposé des préceptes donnés par les auteurs des traités dogmatiques sur cette matière. Je n'entends pas dire pour cela que l'expert, appelé pour discerner le vrai du faux dans un ensemble de symptômes morbides ne puisse apprendre à mieux diriger ses investigations d'après les lumières qu'il puisera dans ces ouvrages; mais ce dont je suis convaincu par l'expérience, c'est que les règles qu'on y trace sont trop vagues, trop générales, pour être toujours un guide suffisant dans cette partie si délicate de la pratique. C'est ici surtout que l'exemple devient précepte et plus les observations seront multipliées, plus le médecin expert trouvera d'éléments qui l'aideront à se prémunir contre l'erreur, et à découvrir les ressources de la simulation la mieux calculée. »

Pour obéir à l'idée de ce savant médecin légiste, nous publierons dans ce travail le plus grand nombre possible d'observations.

Dans la question particulière qui nous occupe en ce moment, les cas sont vraiment rares et le cou n'est pas un lieu d'élection pour les blessures simulées. Mais que de semblables faits ne se soient pas souvent présentés, il n'en reste pas moins probable que l'on pourra les rencontrer et par cela même ils valent une étude.

Ce sera pour les cas de blessures simulées une étude forcément un peu dogmatique, dont la cause revient à la pénurie d'observations dans la science.

La question de simulation est dans beaucoup de cas une des plus délicates et des plus difficiles pour le médecin.

On se fait parfois une ou plusieurs blessures dans le but de simuler une agression criminelle dont on prétendra avoir été victime. Le médecin légiste n'a pas à s'occuper des motifs qui ont pu pousser un individu à se blesser lui-même; il ne doit prendre connaissance que du fait. Dans les cas observés jusqu'ici, il semblerait que l'objet de ces manœuvres a été d'extorquer de l'argent, de cacher un meurtre, un vol ou un autre crime, et de détourner un soupçon de criminalité du blessé lui-même; mais il n'est pas toujours aisé de déterminer les raisons qui ont poussé un homme à se faire des blessures.

Les blessures simulées ont généralement un caractère superficiel et consistent en coupures ou en incisions qui ne dépassent pas le derme; on constate rarement des piqûres profondes, lorsque le but est non le suicide, mais la dissimulation. En outre, ces blessures sont situées à la partie antérieure du corps et peuvent même se

trouver au côté droit ou au côté gauche, suivant que le sujet est droitier ou gaucher. Elles sont en général nombreuses et très espacées, quelquefois elle présentent un parallélisme complet, contrairement à celles que produit l'arme d'un adversaire dans une lutte mortelle.

De plus, l'homme qui veut simuler un attentat porté à sa personne ne se fait jamais que des blessures légères, il n'attaque que des parties du corps peu importantes et sur lesquelles il croit pouvoir agir sans danger réel pour sa vie. Les lésions consistent seulement dans des plaies faites par un instrument au tranchant très effilé, parce qu'elles causent moins de douleur. Toutes les blessures sont situées sur un plan et dans une direction tels qu'en plaçant l'arme dans la main du blessé on pourrait les reproduire. Mais il existe surtout un manque absolu de concordance entre la situation des blessures sur le sujet et les coupures présentées par les vêtements. C'est là un fait qui mérite une attention spéciale.

Il est très difficile au simulateur de ne pas laisser passer une lacune, une inconséquence quelconque dans ses tentatives d'ajustement. Un expert soigneux découvrira sans peine le subterfuge. Il s'aidera encore des taches de sang qui suivant les cas sont retrouvées de dedans en dehors ou de dehors en dedans.

Voilà un cas très intéressant relaté dans le livre de Taylor, traduit par Coutagne. Dans ce cas qui fit beaucoup de bruit à Londres, il y a plusieurs années, une simple circonstance conduisit à la conclusion que certaines blessures qu'on prétendait faites à travers une chemise par un instrument tranchant ou pointu n'avaient pas été produites pendant que la chemise était sur le

corps, mais pendant que l'individu l'avait quittée. Il y avait dans la chemise deux coupures près l'une de l'autre, exactement semblables en dimensions, en forme et en direction ; en fait, le couteau ou le poignard qui les avait produites, devait avoir traversé un pli de la chemise, tant elles se correspondaient parfaitement. Or, il en résultait que la chemise ne pouvait avoir été sur le corps du blessé à ce moment comme il le prétendait, parce qu'un coup traversant une chemise portée sur la peau, doit pour atteindre le corps traverser non seulement un pli, ce qui produit deux trous, mais aussi une simple couche de linge en contact avec la peau et produire ainsi *trois* trous, et dans le cas où deux plis sont traversés, *cinq* trous. En simulant des blessures, par des coupures de la chemise, on suppose que l'imposteur avait oublié cela, et transpercé simplement un pli de la chemise qu'il avait étendue sur une table ou sur un autre objet convenant à ce but. Cela, entre d'autres circonstances, fit regarder comme probable que les plaies légères constatées sur la poitrine étaient faites par l'individu lui-même.

Des blessures de pistolet sont quelquefois produites dans le but d'imputer un meurtre ou d'extorquer la charité. Un homme qui cherche à se suicider par une arme à feu et qui manque sa tentative peut attribuer sa blessure à la main d'un assassin, par honte et par désir de cacher cet acte. En examinant ces blessures imputées, on trouvera qu'elles n'intéressent pas de parties vitales, excepté dans les cas de suicide et qu'elles présentent tous les caractères des blessures faites de près, par la poudre, la bourre ou la balle. La peau environnante est plus ou moins déchirée et meurtrie ; il y aura une forte ecchymose et la main qui

tenait l'arme peut, aussi bien que les vêtements et la peau lésée, être noircie ou brûlée par l'explosion de la poudre. Une blessure au pistolet faite par un assassin doit être produite à distance, tandis que celle que se fait à lui-même le sujet présentera toujours le caractère d'une blessure faite à bout portant.

Les instruments devront être examinés très soigneusement et ce qui sera relevé devra être interprété avec beaucoup d'habileté. Nous n'en voulons pour preuve que cette observation rapportée par M. Marc, de l'état d'un couteau dans un cas de blessure simulée. Le coutelas ou couteau de cuisine a une lame de 8 pouces et demie de long sur 18 lignes de largeur du côté du manche. Il est couvert, ou pour mieux exprimer la chose, il est *barbouillé* de sang sur les deux surfaces. Les couches de sang de chaque côté sont surtout plus épaisses vers le manche que vers la pointe de l'instrument.

Il résulte de ce qui précède qu'on ne peut pas admettre raisonnablement que le coutelas ait été ensanglanté par le sang des chairs des parties internes qu'il aurait divisées, car lorsqu'un instrument tranchant, surtout lorsque la lame en est plate et large comme celle d'un coutelas, pénètre dans toute sa longueur à travers les vêtements dans le corps d'un individu, le sang qui tache la lame est essuyé pendant l'acte de tirer à soi l'instrument pour le faire sortir, et le peu de sang qui y reste forme des stries longitudinales. D'ailleurs la lame est en pareil cas ensanglantée plutôt vers la pointe que vers le manche attendu que le sang est nécessairement ramené vers la première lorsqu'on retire l'instrument de la plaie.

Il suffit de comparer ce qui vient d'être dit avec l'état du coutelas pour penser que le sang qui existe sur la lame y a été appliqué.

DE LA STRANGULATION SIMULÉE

La strangulation simulée est un fait dont les exemples sont rares dans les annales de la médecine légale. Cela tient évidemment à la difficulté et au danger de mener à bien cette sorte de simulation qui est d'une exécution délicate. Elle demande une grande dextérité de l'imposeur qui se trouve pris plus étroitement que dans les autres cas entre le danger pour sa propre vie, et les dangers d'éveiller les soupçons des magistrats par une simulation trop imparfaite.

L'affaire Armand est le plus beau cas de ce genre qui ait été relaté. Comme on va le lire, elle renferme les avis de professeurs célèbres sur la question et les discussions et les remarques qui y sont contenues sont de véritables leçons.

Le 7 juillet 1863 vers huit heures du soir, un homme dans la force de l'âge, domestique au service de M. Armand, à Montpellier, le sieur Maurice Roux, est trouvé dans une cave de la maison, étendu sur le sol, les pieds et les mains liés, étranglé, presque sans vie. Des soins et un traitement énergique ne tardent pas à le ranimer. En moins de trois heures les médecins constatent qu'il est complètement revenu à lui. Il ne lui reste, sauf les brûlures profondes qu'on lui a faites aux bras et aux mollets pour le rappeler à la vie, qu'un brisement général, et un mutisme absolu.

C'est donc seulement par des signes que, dès le lendemain

matin, il fait comprendre comment il se fait qu'on l'ait trouvé dans l'état que nous venons de rappeler, il aurait été surpris par son maître dans la cave où il chargeait du bois et M. Armand en l'apostrophant, lui aurait asséné un coup derrière la tête, et l'aurait ensuite étranglé et chargé de liens. Cette scène de violence d'après la déclaration ou le sieur Maurice Roux, se serait passé à huit heures et demie environ du matin, ce qui porte à peu près à onze heures l'espace de temps durant lequel il serait resté gisant sur le sol de la cave, où il a été trouvé à sept heures et demie du soir par la servante qui descendait chercher le vin du repas.

Le sieur Maurice Roux est transporté à l'hôpital Saint-Eloi pour y être soigné de ses brûlures, qui paraît-il, se sont compliquées d'accidents inflammatoires assez graves pour avoir mis sa vie en danger. Quant aux suites de violences, elles ne semblent pas s'être prolongées et dès la matinée du second jour le sieur Maurice Roux avait recouvré l'usage de la parole et confirmait dans un long interrogatoire le récit qu'il avait fait d'abord par gestes.

Sur cette accusation, M. Armand, enlevé à sa famille, prisonnier pendant neuf mois, n'a vu son innocence proclamée qu'après un renvoi pour la cause de suspicion légitime devant la Cour d'assise des Bouches-du-Rhône le 24 mars 1864. etc. etc.

**Consultation médico-légale, par M. Ambroise Tardieu,
sur les faits de l'accusation porté contre M. Armand.**

L'auteur expose les motifs de la conviction formelle, de la certitude à laquelle il est arrivé dans un mémoire marqué au coin d'une intelligence dont les brillantes qualités lui ont valu un renom universel.

I. Position dans laquelle a été trouvé le sieur Maurice Roux. — Les constatations d'usage ont été faites sur les lieux mêmes par MM. les docteurs Brousse et Tardieu.

Roux était étendu de tout son long, un peu sur le côté gauche la face noircie était tournée vers le sol rempli de petits fragments

de charbon, les jambes étaient enveloppées dans un mouchoir, la face et la tête présentaient la chaleur naturelle, la respiration était stercoreuse, le pouls à peine appréciable ; la paupière et l'œil insensibles ; la chemise était souillée par devant de taches encore un peu humides de mucus ou de salive mêlée à de la sérosité légèrement sanguinolente.

Les signes démontrent un commencement d'asphyxie, mais cette asphyxie était incomplète et encore peu avancée et les soins donnés en dissipèrent rapidement et avec facilité les symptômes.

Dispositions des liens autour du cou, des mains et des pieds.

— Roux était étranglé et garrotté. Une corde enroulait dix fois le cou et était très serrée. La corde avait 5 millimètres de diamètre environ. La région cervicale présentait dans tout son pourtour de nombreuses sigillations se rattachant à deux traces principales rapprochées en arrière, largement espacées en avant, toutefois ne dépassant pas en haut le cartilage thyroïde. La corde était enroulée et non nouée autour du cou et laissait sur la peau des traces peu profondes, non ecchymosées, largement espacées entre elles. Caractères positifs témoignant en faveur d'un acte accompli par Maurice Roux.

Les tours multipliés appartiennent plus spécialement au suicide.

Les sigillations peu profondes et sans ecchymoses sont favorables à l'idée de suicide, tandis que les désordres extérieurs et les lésions locales du cou très apparents, très étendus, très profonds sont tout à fait caractéristiques dans le cas de meurtre accompli ou tenté par strangulation.

La ligature des pieds ne présente aucun intérêt. Pour les mains la question est plus importante. Les mains étaient liées derrière le dos, elles étaient attachées par les poignets réunis à une faible distance. La main droite était retenue par dix tours et chaque tour par un nœud ; la gauche était retenue par une corde qui faisait trois tours et un seul nœud. Une seule corde reliait les deux mains, la largeur de cette corde était celle d'un doigt.

Voici les remarques présentées. — Il est très commun de voir des suicidés, se défiant de l'énergie et de la constance de

leur résolution, se lier les mains et les pieds. « Il y a des personnes, dit Brierre de Boismont, dont la résolution est tellement arrêtée que, pour que rien ne s'oppose à l'exécution de leur projet, elles se lient les genoux, les jambes, se *noient les mains derrière le dos...* etc. » Ces ligatures volontaires se rencontrent chez tous les genres de noyés.

La position des mains derrière le dos, faite pour frapper le vulgaire, n'a aucune signification.

Pour la manière dont la corde enroulait les poignets de Roux, elle est véritablement la plus simple du monde, et atteste d'une manière flagrante que c'est bien lui qui s'est attaché les mains. La main droite, liée d'abord, reste plus habile pour faire, quoique serrée déjà, la ligature de la main gauche. La même corde réunit les deux mains, faisant dix tours à la première et trois seulement à la seconde. Elle les réunit sans les assembler en laissant entre elles juste l'espace nécessaire pour que la corde puisse être tournée d'une main sur l'autre. Le nœud qui la fixe est simple.

Toutes ces remarques suffisent pour démontrer sans réplique que les ligatures que le sieur Roux portait au cou, aux pieds et aux mains n'impliquent en aucune façon l'intervention d'une main étrangère.

Suivent dans le rapport les questions de la durée du temps pendant lequel le sieur Roux est resté étranglé et garrotté, du coup porté derrière la tête et des conséquences des actes de violence, qui accusent davantage l'imposture et que nous n'avons pas à relater puisqu'elles peuvent tant différer dans chacun des cas qui se présentent.

Voici les termes dans lesquels le professeur Tourdes formula son adhésion à la consultation médico-légale du professeur Tardieu, au sujet de la strangulation :

Trois faits militent contre l'hypothèse de la strangulation par une main étrangère : le mode de ligature, la faiblesse des traces laissées par le lien, la lenteur des effets à se produire.

Le cordon est tourné plusieurs fois autour du cou sans être

arrêté par un nœud ; on n'a pas pris les précautions nécessaires pour l'empêcher de se desserrer.

Des sigillations peu profondes, sans excoirations ni ecchymoses, une simple rougeur à la peau, ne sont pas les traces que détermine d'habitude la strangulation par une main criminelle, On ne dit pas combien de temps ces sigillations ont persisté ; tout porte à croire qu'elles se sont effacées promptement. Ces caractères superficiels se rapportent le plus souvent au suicide. L'absence d'ecchymose et de toute lésion grave du cou, le défaut d'érosion produite par la corde, sont des faits d'autant plus exceptionnels, qu'ici le meurtrier, poussé par la colère, ne devait pas ménager les pressions. Il n'était pas dans la situation du criminel qui s'étudie à ne laisser sur le corps de sa victime que des traces aussi peu sensibles que possible ; afin de dissimuler la cause de la mort ; il va au contraire, tout à l'heure, placer cette victime dans l'attitude la plus propre à faire naître des soupçons. Il a recours aux moyens les plus violents et ordinairement les plus manifestes : il assomme d'abord, et puis il étrangle ; et par la coïncidence de deux exceptions, ces deux actes, exécutés avec une sauvage colère, ne laissent sur le corps que des traces légères ou nulles !

La strangulation est une des causes de mort les plus promptes et les plus efficaces ; il faut une pression d'une intensité médiocre sur le larynx ou sur la trachée pour amener la suffocation. On peut s'étonner qu'un homme qui ne ménage pas ses efforts, qui tient sa victime à son entière discrétion, qui reste auprès d'elle assez longtemps pour la charger de liens, voulant lui donner la mort, n'ait pas réussi à l'étrangler. La corde tournée autour du cou n'est assujettie par aucun nœud ; tandis que les nœuds sont multipliés autour des bras, on n'a pas cherché à maintenir une pression permanente autour du cou.

Cette disposition du lien, la faiblesse des traces laissées par la corde, la lenteur des effets à se produire, la survie même de la victime restée si longtemps à la disposition du meurtrier, indiquent plutôt une application volontaire du lien qu'une tentative de meurtre par strangulation.

TABLEAU RÉSUMÉ

Simulation

Tentative réelle d'homicide

Nature des blessures

B. Superficielles.	B. Profondes.
B. Nombreuses, espacées.	B. Unique ou blessures en petit nombre localisées au même endroit.
Parallélisme des blessures.	B. dirigées en tous sens dans l'action de la lutte.

Siège

Partie antérieure du corps, côté droit et côté gauche.	Indifférent.
Jamais au voisinage d'un organe dont la blessure est réputée mortelle.	Cœur, abdomen. Partie postérieure du cou.

Instrument

Toujours très tranchant.	Indifférent, pointu, contondant, etc.
--------------------------	---------------------------------------

Vêtements

Non concordance des coupures.	Concordance absolue.
-------------------------------	----------------------

Empreintes

Empreintes sanglantes pouvant être attribuées à la victime.	Main ensanglantée ne pouvant pas être rapportée à la victime.
---	---

CHAPITRE III

Du diagnostic de l'homicide et du suicide dans les lésions du cou par instruments tranchants, piquants et par armes à feu

Les homicides et les suicides par égorgement sont d'une grande fréquence.

Ce mode d'homicide a pris un air de nouveauté et un regain de popularité avec l'affaire Pranzini ; et dans ces derniers temps les cas d'homicide par section du cou à l'aide de rasoirs ou de coutelas ont été nombreux.

De nos jours, on se coupe moins le cou qu'on ne se fait sauter la cervelle. Les armes à feu sont devenues des instruments privilégiés des suicidés, surtout dans les classes supérieure et moyenne de la société. Dans les centres pauvres et inférieurs, l'égorgement suicide s'observe fréquemment encore. Souvent, il constitue le seul mode

d'attentat à la vie ; parfois il s'allie à un autre facteur, pendaison, submersion, empoisonnement, asphyxie par le charbon, etc.

Les cas d'homicide ou de suicide par instruments piquants sont extrêmement rares et nous n'en avons pas trouvé d'observations dans les annales de la science. Le fait peut pourtant exister et on pourra avoir à établir le diagnostic différentiel entre un suicide, un homicide et un accident. En effet, ces sortes de blessures se rencontrent souvent dans les accidents de salles d'armes. Un fleuret démoucheté ou une épée de combat maniée par un malhabile plaisant viennent traverser la région antérolatérale du cou. Le diagnostic, de par la lésion, est impossible à établir. La tâche entière de l'instruction incombe aux magistrats.

Les lésions du cou par les armes à feu sont une exception. Ce n'est pas la région communément visée et les cas qu'on peut rencontrer sont le résultat d'une maladresse ou d'une déviation qui peut être salutaire. On fera le diagnostic différentiel à l'aide des moyens si soigneusement présentés dans la thèse du docteur Poix inspirée par le professeur Lacassagne. La plaie d'entrée présente des caractères très particuliers lorsque ce coup a été tiré à très courte distance, comme cela se rencontre toujours dans les suicides. Il y a alors une incrustation de grains de poudre dans la peau, une sorte de tatouage à forme spéciale et de plus les cheveux sont brûlés. L'absence de ces caractères a été une des raisons, si magistralement mises en lumière par notre Maître, qui ont fait rejeter la thèse du suicide dans l'affaire du Parricide de Chambéry.

L'historique et la description anatomique de l'égorge-
ment ont été trop bien faits par le docteur Viguié, dans
sa thèse, sous la direction du professeur Lacassagne, pour
que nous tentions de reprendre cette étude.

Et nous entrons directement dans notre véritable sujet
en publiant des observations de cas litigieux de suicide et
d'homicide par instruments tranchants. Nous emprun-
tons ensuite au travail de Viguié des observations de
cas avérés d'homicide et de suicide. Puis, de ces faits,
nous tentons de déduire les règles générales des recher-
ches à opérer en prenant successivement les divers points
à élucider.

Observation rapportée par Marc dans les
« Annales de médecine-légale »

Le rapport qu'on va lire a été établi à l'occasion d'un suicide
que, lors d'un premier examen, on avait pris pour un assassinat.
Le jeune homme qui avait terminé son existence s'était livré
dans la nuit, ou du moins de très grand matin, à cet acte de
désespoir. Il s'était levé en chemise, avait passé de sa chambre
à coucher dans une chambre qui n'en était séparée que par
une cloison vitrée et là, près de la croisée, il s'était donné la
mort. Un médecin, appelé aussitôt que l'événement fut connu,
avait marché dans le sang qui entourait le corps, s'était rendu
ensuite dans la chambre à coucher, avait répété plusieurs fois
ce trajet et imprimé ainsi sur le sol, depuis le lieu où gisait le
corps, jusqu'au bord du lit, de nombreuses traces de sang qui
avaient fait croire d'abord qu'une main étrangère avait surpris
dans son lit la victime qui s'était sauvée dans la chambre du
devant et y avait succombé avant d'avoir pu ouvrir la croisée
pour appeler au secours. Déjà un jeune homme sur lequel se
réunissaient plusieurs soupçons était en surveillance et eût
infailliblement subi les rigueurs inévitables d'une instruction

criminelle si notre rapport, dont les conclusions furent pleinement justifiées par plusieurs renseignements recueillis plus tard, n'eût terminé aussitôt toute enquête relative à la supposition d'un crime. Le médecin appelé en premier lieu et qui lui-même avait été la dupe d'une circonstance que son inattention avait seule produite, était néanmoins excusable, attendu que son grand âge avait affaibli ses facultés morales et physiques. Nous ne voulûmes pas l'affliger en consignant dans notre rapport la faute qu'il avait commise, mais que nous crûmes néanmoins devoir faire remarquer à l'autorité judiciaire, qui, ne donnant pas d'autres suites à l'affaire, nous dispensa ainsi de motiver plus longuement nos conclusions. Enfin, le fait dont il s'agit offre encore un de ces exemples remarquables, quoique déjà observés quelquefois, du degré d'énergie auquel peut être porté ce penchant au suicide, chez les individus surtout qui terminent leur vie en se coupant la gorge. Il prouve, en effet, qu'on aurait tort de nier la *possibilité d'un suicide de cette espèce, par la seule raison que l'incision aurait divisé de part en part le larynx, l'œsophage et aurait atteint les vertèbres cervicales.*

Nous, médecins soussignés, requis par..., etc., nous sommes rendus le 21 juin 1816 à 4 heures après midi, rue Saint-Honoré 4, afin d'examiner le cadavre d'un jeune homme de 25 à 30 ans et de déterminer si la mort de ce jeune homme est due à un assassinat ou à un suicide.

Arrivés dans un entre-sol composé d'une chambre à coucher donnant sur la cour et d'une autre chambre donnant sur la rue, nous avons trouvé, dans la dernière de ces chambres, un cadavre étendu transversalement en face d'une croisée; la tête touchait à une boîte ou cassette; il était légèrement incliné sur le côté droit. Le tronc formait une légère courbe, dont la concavité répondait au côté droit et la convexité au côté gauche. Le bras gauche portait, dans toute son étendue, sur le carreau; la paume de la main était tournée du côté du sol, dont elle était néanmoins légèrement éloignée par la rétraction des doigts. Le bras et l'avant-bras étaient un peu courbés, de manière à former un quart de cercle, à commencer de l'épaule jusqu'à la main, qui était éloignée de la hanche d'environ six pouces. Le bras droit portait sur le sol, il était tourné la face interne du côté du

plafond; l'avant-bras, le coude posé sur le sol, avait également sa face interne jusqu'à son tiers inférieur tournée vers le plafond. Au tiers inférieur, il y avait une position de pronation incomplète. La main était posée de manière à ce que le dedans formât un plan légèrement incliné de dedans en dehors, la partie dorsale posant sur le sol à l'endroit de l'articulation des premières phalanges des doigts auriculaire et annulaire, avec les os correspondants du métacarpe. Le doigt auriculaire n'était que dans une demi-flexion, l'annulaire était plus fléchi; le médius et l'index l'étaient assez pour que leurs secondes phalanges couvrirent leurs premières. La première et la dernière phalange de l'index et du médius servaient de point d'appui au pouce qui était tendu. Il résultait de cette disposition que les doigts formaient avec le creux de la main, entre l'index et le pouce, une ouverture ovale d'environ un pouce dans son plus grand diamètre. Les cuisses et les jambes étaient tendues et écartées de manière à laisser entre les deux talons un espace de dix-sept pouces. Les talons étaient tournés un peu en dedans, la pointe de chaque pied était dirigée en dehors, celle du pied droit l'était un peu plus que l'autre, le pied gauche était distant, à partir du gros orteil, d'environ un pouce, d'une armoire tachée de sang à la hauteur des orteils, dont elle portait l'empreinte. A côté et le long de l'avant-bras droit, à commencer de son tiers supérieur, était placé un rasoir à manche blanc. Il était ouvert et la lame était inclinée en arrière, de manière à former avec le manche un angle obtus. L'extrémité du manche la plus éloignée de la lame était recouverte par une portion de l'avant-bras, dans l'étendue de deux pouces; le côté tranchant de la lame était tourné du côté de la cuisse, et le dos touchait, dans les trois quarts de la partie supérieure, le doigt inférieur de la main.

Le corps était recouvert d'une chemise dont le col était renversé sur l'épaule, du côté gauche. La manche recouvrait le bras dans toute son étendue, ainsi qu'une grande partie de la main. Le col de la chemise du côté droit était ployé et rabattu en partie sous l'épaule. La manche de ce même côté recouvrait le bras jusqu'à l'avant-bras et était retroussée, la fente de la chemise laissait voir la poitrine découverte; l'extrémité inférieure de ce vêtement était étendue à gauche, de manière à

couvrir en entier les parties de la génération, ainsi que la partie supérieure des cuisses. Du côté droit, elle était relevée de manière à laisser découverte toute la région inguinale jusqu'à la hanche ; elle était fortement imbibée de sang au col, du côté droit, à toute la partie antérieure, mais plus particulièrement au côté droit. La partie supérieure du côté gauche présentait des espaces où elle était beaucoup moins tachée ; les manches étaient également très ensanglantées. Nous avons remarqué sur le carreau une quantité considérable de sang, qui paraît avoir ruisselé du point occupé par le cadavre, du côté de la fenêtre vers l'intérieur de l'appartement, ce qui s'explique très bien par la déclivité de la pièce dans ce sens. Les meubles environnants, les vitres de la fenêtre et les volets, à la hauteur d'environ trois pieds sont tachés de sang qui y a évidemment jailli.

Du côté droit du cadavre était une chaise renversée transversalement, le devant faisant face à la croisée, le bord antérieur du siège correspondant à peu près à la moitié du bras droit ; elle était tachée de sang en plusieurs endroits.

Sur le repos de la croisée, élevé d'un pied, on remarquait un bonnet de coton blanc, qui paraissait avoir servi, et qui était taché de sang en dessus seulement.

Le cadavre, examiné sur toutes ses parties antérieures et latérales n'a présenté aucune trace de lésion, de contusion ni de violence.

Nous avons aperçu à la partie antérieure du cou, à deux pouces de l'articulation sternale des deux clavicules, une plaie transversale s'étendant du bord externe du muscle sterno-mastoïdien du côté gauche, qui était intact, jusqu'au même muscle du côté opposé, qui était coupé dans les trois quarts de son épaisseur. Cette blessure, produite par un instrument tranchant, avait divisé les téguments, tous les muscles correspondant à la partie antérieure et moyenne du cou, le larynx, l'œsophage, effleuré les ligaments antérieurs des vertèbres cervicales correspondantes. La veine jugulaire et l'artère carotide du côté gauche étaient ouvertes dans la moitié de leur calibre ; les mêmes vaisseaux du côté droit étaient presque entièrement divisés.

Nous avons remarqué du côté gauche, quatre lignes au-dessous de la blessure que nous venons de décrire, une autre blessure correspondante, à trois travers de doigt au-dessus de

la clavicule, vers les deux tiers de son extrémité humérale, laquelle blessure n'avait intéressé que les téguments, dans l'étendue d'environ deux pouces et le cartilage thyroïde, dans l'étendue d'environ six lignes.

Au-dessus de la plaie principale et toujours du côté gauche, existait une troisième incision qui commençait à un pouce au-dessous de l'angle de la mâchoire, se dirigeant de gauche à droite en descendant un peu obliquement de haut en bas, et décrivant une très légère courbe dans l'étendue d'un pouce et demi. Cette blessure n'intéressait également que les téguments.

La face et la partie antérieure de la tête n'ont offert aucune trace de lésion.

Le cadavre ayant été retourné, nous n'avons trouvé à la partie postérieure du corps aucune trace de lésion, ni de violence.

De l'examen qui précède, vu la position du cadavre, la position du rasoir, l'absence de toute trace de violence exercée par une main étrangère ; la direction des blessures portées de gauche à droite ;

Nous concluons que la mort du défunt ne peut être attribuée qu'à un suicide.

Signé : LÉONARD MARC

**Suicide par un instrument tranchant simulant l'homicide,
par Alph. Devergie**

Plusieurs journaux ont rapporté, il y a quelques mois, qu'un homme s'était suicidé dans le cimetière du Père-Lachaise, en se faisant plusieurs plaies profondes à la partie antérieure du cou, à l'aide d'un rasoir ; qu'il avait cependant vécu près d'une demi-heure après avoir attenté à ses jours.

Cet homme a été conduit à la morgue, immédiatement après l'accident, et sa blessure m'a tellement frappé, que j'ai cru devoir la faire dessiner, et en donner une description détaillée, à cause de l'analogie que présente ce cas de suicide avec un homicide. Si des témoins ne l'avaient pas vu commettre, on aurait pu douter de la possibilité qu'un homme pût se faire des plaies aussi profondes. Voici le fait :

Le nommé R... Noël-Louis-Augustin, âgé de 63 ans, mécanicien, avait conçu les espérances d'une aisance prochaine dont il fut déçu.

La gêne extrême dans laquelle il se trouvait, après avoir occupé plusieurs positions honorables, le détermina à attendre à ses jours : il se rendit au Père-Lachaise, et là, il se porta un premier coup de rasoir, immédiatement au-dessus de l'os hyoïde ; l'instrument pénétra à onze lignes de profondeur, un second coup, porté dans la plaie résultant du premier, alla jusqu'à vingt et une ligne, enfin, voyant probablement qu'il s'écoulait encore peu de sang de la plaie, il se résolut à en porter un troisième qui s'étendit jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, en coupant tous les muscles qui attachent la langue à l'os hyoïde, et il fit une plaie de deux pouces de profondeur ; l'hémorragie survint alors, et la faiblesse physique arrêta la force morale qui jusque-là avait guidé l'instrument.

Qu'on se figure une plaie énorme située immédiatement au-dessous du menton, ayant deux pouces de profondeur, trois pouces trois lignes de largeur et un pied juste de circonférence. La peau, l'os et la mâchoire, les glandes sous maxillaires, tous les muscles, qui, hors l'os hyoïde, se rendent à la mâchoire inférieure et à la langue ; la langue elle-même, ainsi qu'un espace vide formé par la cavité du pharynx constituent la paroi supérieure de cette large excavation. L'os hyoïde, une partie des muscles mylohyoïdiens et l'épiglotte, saillante et relevée, forment sa paroi inférieure ; au fond de la plaie, et au centre, on aperçoit la partie postérieure du pharynx immédiatement appliquée sur la colonne vertébrale, et sur ses côtés les muscles sterno-cleido-mastoïdiens mis à nu.

Toute cette surface rouge saignante, fortement colorée, contrastant avec la blancheur de l'épiglotte, qui vient saillir de la partie la plus profonde de la blessure.

Les lèvres de la plaie, formées par la peau, présentent de chaque côté et à des profondeurs inégales, deux échancrures superficielles, qui font assez reconnaître que trois coups de rasoir ont été portés.

Tel est l'aspect de cette plaie ; du reste la physionomie porte l'empreinte d'une mort calme : les lèvres un peu écartées laissent apercevoir une partie des arcades dentaires rapprochées

l'une de l'autre, mais sans contraction bien marquée ; la langue est renfermée dans la bouche ; elle occupe sa place ordinaire.

Disséquée avec soin, voici les détails anatomiques que cette blessure nous a offert.

Côté gauche du cou : La peau enlevée, on aperçoit le peaucier coupé dans la moitié de sa largeur, à un pouce de son insertion à l'os maxillaire ; la glande sous-maxillaire est divisée dans son tiers inférieur ; le muscle digastrique est coupé au voisinage des insertions fibreuses qui le retiennent auprès de l'os hyoïde, le nerf hypoglosse est à moitié divisé. La jugulaire interne et la jugulaire externe n'ont pas été intéressées, il en est de même des carotides primitives et externes et de l'artère thyroïdienne supérieure.

Côté droit de la plaie : Les muscles que l'on vient de citer sont divisés un peu plus haut. La veine jugulaire primitive se divise beaucoup plus haut que du côté gauche ; à l'origine de la jugulaire externe, on observe une ouverture de 6 à 7 lignes de longueur, sur quatre lignes de largeur. Cette blessure intéresse la veine jugulaire externe ; c'est elle qui a fourni l'hémorragie mortelle, car les autres vaisseaux ainsi que le pneumogastrique de ce côté sont intacts, etc. »

**Conclusion du rapport de Pénard, Vitry et A. Noble sur
l'affaire de la rue de la Pompe à Versailles**

D'après ce qui précède, nous concluons que la mort est le résultat d'un homicide ; premièrement, parce que l'instrument vulnérant n'a point été retrouvé ; secondement, parce que la situation et la direction différentes de la plupart des plaies excluent la possibilité du suicide. En effet, on ne peut pas supposer que pour se détruire un homme se frappe les joues et la partie postérieure du cou ; mais en admettant même cette bizarrerie, il faudrait encore admettre qu'il ait pu changer de main, car la longue plaie qui se remarque dans la région occipito-auriculaire gauche ne pourrait avoir été pratiquée par la main droite, tandis que celles du côté opposé n'auraient pu l'être par la main gauche.

La profondeur de la plaie de la partie antérieure du cou et la contusion du flanc gauche qui paraît avoir été occasionnée par la pression d'un genou fortement appliqué sur le ventre, afin de mieux fixer l'homicidé, nous portent à croire que c'est sur le canapé et pendant le sommeil que les premiers coups ont été frappés.

Observation du D^r Schoenfeld

(*Affaire Vandenglas*)

Y a-t-il eu suicide ou assassinat ?

Nous croyons que Vandenglas s'est suicidé. D'abord : rien ne dénonce une lutte : ses vêtements étaient parfaitement ajustés; le corps et les membres étaient exempts de meurtrissures. Puis, le nombre et le peu de profondeur des plaies inférieures que nous croyons être les premières, semblent indiquer les essais de Vandenglas de diviser le larynx à cause de la dureté des cartilages. Il a réussi à la fin aux seuls endroits où l'on pouvait pénétrer. De pareilles tentatives de la part d'un assassin auraient certainement provoqué une lutte désespérée.

Selon toutes les probabilités, la grande plaie du cou a été faite de haut en bas et de dehors en dedans (gauche à droite). Cette direction du coup est la plus naturelle chez un individu qui veut se couper la gorge de la main droite.

Affaire de la gare Saint-Clair (Lacassagne) (thèse de Viguié)

Le 5 décembre 1884, près d'une borne-fontaine, à peu de distance de la voie ferrée, on trouvait le corps d'un homme étendu sur la paille dans le décubitus dorsal. Rigidité cadavérique. A la partie du cou se trouvait une vaste plaie ovulaire ayant intéressé la peau, les muscles de la région et le larynx. La trachée léante ne tenait en arrière que par un lambeau de tissu. Nulle part on ne constatait des traces de violence.

Disposition de la plaie du cou. — Elle est située à la partie antérieure et mesure 10 centimètres. La forme est ovale et son plus grand diamètre est de 55 millimètres. A droite elle est distante du lobule de l'oreille d'environ 11 centimètres, à gauche de 9 centimètres seulement.

A la partie supérieure la section est nette, le tissu cellulaire est rétracté; seuls la peau et le peaucier sont intéressés. A gauche, elle perd de sa netteté. Les muscles sont profondément coupés à droite.

A la partie inférieure on remarque un bourrelet saillant, indiquant qu'il y en a deux: à 14 millimètres de la première se trouve un petit éperon triangulaire ayant 6 millimètres de haut et 3 millimètres de largeur à sa base. De plus, sur le bord interne du muscle sterno-mastoïdien gauche, on constate des hachures pouvant faire croire à une troisième incision.

A droite, la plaie est recouverte de nombreux caillots sanguins et de débris musculaires. L'incision a porté sur la peau, le peaucier et le sterno-mastoïdien. La glande thyroïde est coupée; la trachée, béante sur une étendue de 2 millimètres, tient encore en arrière par un lambeau de tissu ayant environ 15 millimètres. Ce conduit aérien est incisé à sa partie postérieure et au niveau du cartilage cricoïde, où se présente un éperon de 16 millimètres de long sur 6 de large à sa base.

Après avoir disséqué et rabattu la peau et le peaucier, on arrive sur le second plan musculaire. Le sterno-mastoïdien droit forme un bourrelet saillant; il ne reste plus qu'un tout petit faisceau de fibres musculaires situé à la partie externe et mesurant 1 centimètre de largeur, tandis que le bourrelet musculaire supérieur en mesure quatre. On trouve aussi une entaille sur le chef antérieur de l'omo-hyoïdien. Du côté gauche, on note une incision et quelques hachures portant sur la partie antérieure du sterno-mastoïdien.

Conclusion. — Le nommé Louis M..., a succombé à une hémorrhagie et à une asphyxie consécutives à des plaies du cou.

Ces plaies sont au nombre de deux; elles siègent à la partie moyenne du cou et sont dirigées de droite à gauche; la première a ouvert la trachée, la seconde a incisé le côté droit du conduit

aérien. L'hémorragie qui s'est produite a fait pénétrer le sang dans la trachée et les bronches, ce qui a déterminé l'asphyxie.

En l'absence de toute trace de violence et d'après l'état des blessures, on peut dire que la mort doit être attribuée à un suicide, accompli avec un instrument très tranchant, un rasoir, par exemple, et tenu dans la main gauche.

A la date du 9 décembre, on informait M. Lacassagne que l'instrument avec lequel Louis M... s'était donné la mort était un rasoir qu'on avait retrouvé dans une mare de sang, à 400 mètres environ du lieu où avait été découvert le cadavre. L'enquête a, du reste, démontré que le nommé Louis M... était gaucher.

Nous arrêtons ici nos observations en renvoyant le lecteur au chapitre IV, où nous publions, en entier, l'affaire de Montmerle, aux nombreux autres cas relatés dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* et dans la thèse de Viguié.

Et maintenant, nous allons tenter d'établir aussi clairement que possible les moyens de diagnostic différentiel entre l'homicide et le suicide. C'est le résultat de l'étude, et comme la synthèse de toutes les observations que nous avons lues.

*Du milieu dans lequel a été trouvé le cadavre,
de sa position, des vêtements, des empreintes.*

Si l'état des lieux peut, à première vue, mettre l'expert sur la voie de la vérité, il faut savoir que souvent on trouve là une cause d'erreurs. En dehors de la simulation d'une scène de suicide opérée par un meurtrier, il faut compter avec une véritable simulation de la part du sui-

cidé. Si parfois il met le désordre le plus grand sur le théâtre de son crime, plus souvent encore tout est ordonné, classé et soigneusement rangé dans la chambre où il s'est donné la mort. Il est évident qu'un milieu d'homicide bouleversé, avec des traces de vol, des effractions, etc., contrastera assez avec le milieu d'un suicide resté le plus souvent habituel, pour qu'on soit mis, par cette seule inspection, sur une piste presque certaine. Mais on doit se garder toujours d'attacher à l'état du milieu une confiance trop absolue.

La position du cadavre a dans l'espèce une très grande importance et c'est souvent en relevant exactement l'attitude de la victime que l'on pose la première base solide de son diagnostic.

Le plus souvent, les victimes d'un égorgement sont surprises par l'assassin couchées et principalement pendant le sommeil. Si la blessure est assez grave pour amener instantanément la mort, le sang s'écoule sur l'un des côtés du cou ou sur les deux côtés, suivant que la lésion est plus ou moins médiane et suivant que la victime est plus ou moins exactement couchée sur le dos. Si l'individu était assis, ce qui se rencontre parfois, ou bien s'il était debout, ce qui est plus rare, le sang s'est écoulé en bas, le long de la poitrine, sur le ventre et à la partie antérieure des membres inférieurs.

Le plus souvent, les suicides s'accomplissent debout ; mais le sang qui a ruisselé sur la face antérieure permet de reconstituer la position initiale. Mais, si le plus souvent on se suicide debout et si le plus souvent le meurtrier égorge sa victime couchée, il faut songer qu'il peut y avoir réciprocité. Le diagnostic ne se fera alors que par l'état des vêtements et aussi par la plaie.

Les vêtements des suicidés sont presque toujours en ordre ; ils sont écartés au niveau de la blessure, et rarement coupés. C'est le contraire dans le cas d'homicide, où, dans la majorité des cas, il y a eu lutte, si légère et de si courte durée qu'elle ait été. Les vêtements sont alors dégrafés, déboutonnés et déchirés ; ils sont coupés au niveau de la blessure, car l'assassin est toujours peu soucieux de les écarter avant de porter le coup.

On n'omettra pas de rechercher les empreintes sur les vêtements et les meubles avoisinants. On peut trouver sur telle ou telle partie des vêtements ou des objets qui entourent la victime des traces de mains ensanglantées qui ne peuvent pas appartenir à cette victime de par leur situation et de par leur direction. Par ce fait seul, la thèse de l'assassinat immédiatement s'impose.

*De la blessure ou des blessures et de leur nombre. —
Du siège, de la direction et de la profondeur de
la plaie.*

La blessure mortelle chez le suicidé est ordinairement unique. Mais ce n'est pas seulement chez les aliénés que l'on rencontre la multiplicité des blessures dans le genre qui nous occupe. Il existe fort souvent deux ou trois plaies-tentatives suivies d'une seule plaie capable d'amener la mort. On en trouve un grand nombre d'exemples. Ne raconte-t-on pas à ce sujet l'histoire du barbier qui cinq fois s'ouvrit la trachée et fut cinq fois guéri dans un hôpital ; ce ne fut qu'à son sixième essai qu'il parvint à se donner la mort ? On comprend aisément qu'un individu

qui rencontre au moment où il se porte son premier coup de rasoir, les cartilages du cou, renonce à cette section trop dure pour trouver en tâtonnant une place plus facile et plus dangereuse. Mais le plus souvent il n'y a qu'une blessure unique et en tout cas, il n'y a généralement qu'une seule blessure mortelle (affaire de Montmerle). Mais il va sans dire que plusieurs plaies mortelles trouvées sur un cadavre n'excluent pas toujours d'une manière absolue l'idée du suicide.

Le diagnostic dans ce dernier cas se fera par le siège et la direction de ces blessures.

La région antéro-latérale du cou est le siège exclusif de la plaie ou des plaies dans le suicide. Hoffmann croit, en outre, que ce n'est que très exceptionnellement que le couteau passe au-dessus de l'os hyoïde. On a donc là une figure ayant la forme d'un trapèze dont l'os hyoïde est le côté supérieur, la fourchette sternale, le côté inférieur et dont les deux sterno-cleido-mastoïdiens forment les deux côtés latéraux. C'est là une localisation suffisamment spéciale pour amener parfois très vite au diagnostic. En effet, si, dans le meurtre, les blessures siègent généralement à la partie antéro-latérale du cou, elles sont très fréquemment disséminées, les unes commençant en arrière des sterno-cleido-mastoïdiens, les autres passant même jusqu'à la partie postérieure du cou, sous la nuque, comme pour opérer la section de la moelle, ce qui ne se voit guère dans le suicide.

La direction des blessures et principalement de la blessure mortelle est d'un intérêt de premier ordre. Cette direction dans l'homicide varie avec la position respective du meurtrier et de la victime. Nous empruntons à la thèse de Viguié cette description :

« Deux cas sont à considérer ; la plaie est à droite ou à gauche du cadavre :

« 1° Elle est à droite. Une telle plaie sera transversale ou dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, si le meurtrier est placé sur le côté gauche ou en avant de la victime et s'il est placé derrière sa tête, la plaie sera dirigée d'avant en arrière et de bas en haut. La prolongation de la plaie, soit en avant, soit le plus souvent en arrière, se rencontre généralement dans le cas d'assassinat.

« 2° La plaie est à gauche. Dans ce cas, elle sera dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, si le meurtrier est placé en arrière du cadavre ; s'il est placé sur le côté droit la plaie sera analogue ou transversale et s'il est placé en avant, elle aura une direction d'avant en arrière et de haut en bas. »

Cette description fait bien voir le grand nombre de directions qu'on peut rencontrer dans le meurtre. Dans le suicide cela n'existe pas. Généralement les suicidés tiennent le rasoir ou le couteau de la main droite et lui font décrire un trajet de gauche à droite, de haut en bas et d'arrière en avant. Suivant les cas, la direction est plus ou moins oblique ou plus ou moins horizontale. Il va sans dire que cette direction devient contraire chez les suicidés gauchers.

Quant à la grande profondeur de la blessure elle n'exclut pas l'idée de suicide et nous en donnons comme preuve l'observation rapportée par Marc que nous avons publiée plus haut. Mais cependant, c'est plutôt dans

l'homicide que l'on doit rencontrer ces sections énormes décrites dans la relation de l'affaire Pranzini. C'est là, comme on peut le voir, un signe incertain sur lequel nous n'insistons pas.

De l'arme qui a pu être retrouvée. — Des rapports qui existent ou non entre cette arme et les blessures relevées.

Quand on ne retrouve pas sur le théâtre du crime l'arme dont il a été fait usage, l'idée de meurtre s'impose, mais il ne faut pas oublier le soin avec lequel certains suicidés cachent le rasoir ou le couteau dont ils se sont servi. Il faudra donc aller avec courage à la recherche de cette arme. Si on la retrouve effilée, tranchante, parfaitement coupante, on doit plutôt croire au suicide ; si on la retrouve ébréchée, en mauvais état, on doit pencher davantage vers l'idée d'assassinat. Mais ce ne sont là évidemment que des probabilités qui par elles seules sont insuffisantes, mais qui jointes à un grand nombre d'autres deviennent de puissants auxiliaires.

On ne manquera pas de comparer l'effet à la cause en s'assurant ainsi qu'on a bien l'arme qui a fait les blessures. Puis on mettra cette arme dans la main de la victime et on lui fera faire le mouvement qu'elle aurait dû faire dans le cas de suicide. Par la concordance ou la non-concordance qu'on relèvera par cette opération on s'assurera de la possibilité ou non du suicide.

Quant à la présence d'une arme dans la main d'un

cadavre, nous nous sommes longuement étendu sur ce point dans le chapitre premier et nous n'y reviendrons pas ici.

*De la recherche de lésions internes coïncidant
avec la tendance au suicide*

Une expertise de cette nature ne saurait être complète sans cette recherche. Pour ne rien omettre, dit Tardieu, dans cette difficile question qui domine, on peut le dire, toute l'histoire médico-légale des blessures, l'expert attachera une sérieuse importance à la constatation de certaines lésions internes qu'il n'est pas rare de voir coïncider avec la tendance au suicide. On recherchera donc, à l'autopsie, s'il n'existe pas d'affections des organes génitaux, qui sont si souvent la cause de suicides; s'il n'y a pas absence des testicules consécutivement, par exemple, à une castration; si c'est une femme, on recherchera si elle n'a pas subi l'ablation des ovaires, cause fréquente de mélancolie pouvant conduire au suicide; on recherchera encore s'il n'existe pas une affection organique du foie, un cancer de la langue, du rectum, toutes maladies pouvant être incriminées. On constatera enfin s'il existe ou non des lésions cérébrales auxquelles doivent correspondre des troubles mentaux.

TABLEAU RÉSUMÉ

Egorgement homicide

Egorgement suicide

Le milieu

Désordre (le plus souvent.)	Ordre (le plus souvent).
Taches de sang disséminées.	Taches de sang localisées.
Empreintes de pas.	Absence d'empreintes de pas.
Absence d'arme.(?)	Présence d'une arme. (?)

La victime

Position initiale : le plus souvent couchée. — Sang épanché de chaque côté du cou.	Position initiale : le plus souvent debout. — Sang ruisselant sur la poitrine.
Vêtements désordonnés et coupés au niveau de la blessure.	Vêtements ordonnés, restés en place et écartés au niveau de la blessure.
Empreintes sanglantes ne pouvant pas appartenir par leur situation et leur direction à la victime.	Empreintes non existantes ou pouvant être rapportées à la victime elle-même.
Blessures nombreuses	Blessure <i>mortelle</i> unique
Siégeant soit en avant, soit en arrière, de directions diverses.	Siégeant toujours en avant ayant une direction constante de gauche à droite, de haut en bas et d'arrière en avant, (contraire pour les gauchers).
Plaies de défense.	Pas de plaies de défense.
Arme ébréchée. (?)	Arme tranchante. (?)
Absence de lésions internes pouvant amener au suicide.	Lésions internes à tendance au suicide.

L'inculpé

Traces de lutttes.	Pas de lutte, ni d'empreintes.
Empreintes.	

CHAPITRE IV

De la pendaison homicide et suicide

Nous avons déjà parlé dans notre introduction de la gravité et de la difficulté des affaires de pendaison homicide et de pendaison suicide. Des erreurs judiciaires célèbres se rattachent à cette grande question de la médecine légale. Aujourd'hui on est mieux muni pour atteindre au diagnostic différentiel du crime et du suicide dans ce cas. Les déplorables exemples que les annales de la science renferment ont ému les savants, touché leur générosité et ils ont rivalisé d'ardeur et de génie dans la recherche de la vérité.

Nous établirons dans ce chapitre que la pendaison pendant la vie est presque toujours suicide ; nous montrerons la vérité de cette proposition par des observations nombreuses, desquelles nous tirerons ensuite les divers moyens de diagnostic différentiel.

La pendaison est bien l'une des formes les plus communes de suicide.

Dans l'armée, d'après Mesnier, la proportion est à peu près 28,24 pour 100. Nous disons à peu près, car les statistiques de la pendaison et de la strangulation sont confondues ; mais cette dernière est extrêmement rare.

D'après Pellier, voici pour la France ces nombres moyens de pendaison, par période quinquennale de 1836 à 1880 :

1836 à 1840.....	782
1841 à 1845.....	984
1846 à 1855.....	1.191
1856 à 1860.....	1.635
1861 à 1865.....	1.981
1866 à 1870.....	2.282
1861 à 1875.....	2.318
1876 à 1880.....	2.689

Ces chiffres sont éloquents.

On a dit que la question de distinction du suicide et de l'homicide serait résolue si l'on avait pu déterminer avec certitude que la pendaison avait eu lieu pendant la vie. Et en effet, très généralement, un meurtrier ne pend sa victime qu'après l'avoir tuée, au préalable, d'une autre façon. Ce que nous avançons n'est évidemment pas d'un rigorisme absolu. Mais peut-on rien écrire d'assuré, en l'espèce, devant la multiplicité et la bizarrerie des cas que l'histoire nous livre !

Les meurtriers recourent rarement à la pendaison, car de toutes les façons de commettre un assassinat, c'est la plus difficile. Sans complices, un individu d'une force moyenne ne peut pas pendre un vivant. C'est là un fait indéniable auquel on aurait dû songer dans bon nombre

d'affaires où on s'entêtait à voir un assassinat dans un suicide. On lira plus loin, dans le rapport du professeur Lacassagne sur l'affaire de Montmerle, toute la valeur de cet argument. La victime présumée, la femme Meunier, était douée d'une force peu commune comme l'instruction l'a très nettement démontré, et l'inculpé Meunier était un vieillard tremblotant, usé par l'alcoolisme, athéromateux et incapable de la moindre énergie. Ce parallèle était d'une puissance vigoureuse et il a fortement frappé l'esprit des jurés. Il va sans dire que les cas deviennent plus difficiles à interpréter quand la victime est faible et qu'au contraire l'inculpé est doué d'une force peu commune. Quand la victime est un enfant, ou un individu quelconque mais infirme ou épuisé par la maladie, en état d'ivresse, sous l'influence de narcotiques, la possibilité de la pendaison homicide s'accroît davantage. Mais en dehors de ces derniers faits qui peuvent être considérés comme des exceptions, devant un pendu normal, si on peut dire, l'expert devra au premier abord suspecter le suicide. Si on a à relever d'aussi nombreuses erreurs, souvent arrêtées dans leur cours par des experts plus savants et plus habiles, c'est que le médecin qui fut appelé à faire les premières constatations a pensé de prime abord à l'homicide pour des considérations en général extra-médicales et toujours en dehors de l'interprétation exacte et scrupuleuse des faits.

Nous venons de toucher là au côté peut-être prépondérant du diagnostic différentiel entre la pendaison homicide et la pendaison suicide ; et le rapport qui existe entre le poids de la victime et la force présumée de l'inculpé doit être soigneusement établi.

Nous allons maintenant résumer les observations de quelques cas litigieux et nous en extrairons les considérations qu'on peut faire valoir avec utilité et qui sont tirées de la position du cadavre, des constatations qu'on fera sur lui et des circonstances matérielles de la pendaison.

Nous ne pouvons malheureusement pas publier en entier les rapports qui ont terminé les affaires difficiles qui ont été relatées. Nous serons obligés d'en donner l'indication bibliographique et un résumé très court ou même seulement les conclusions. Les affaires les plus célèbres et les plus utiles à consulter dans l'espèce sont citées dans le rapport sur l'affaire de Montmerle et c'est là que le lecteur devra les chercher.

**Cas remarquable de suicide par pendaison,
simulant un homicide**

Rien de plus fréquent que de voir un meurtrier prendre toutes les précautions pour faire croire à un suicide ; *il est plus rare* de voir le contraire. Le docteur Heinrich, de Gumbinnen, rapporte un cas de ce genre dans *Vierteljahrchr, für gerichtl und offents. Medic.* nouv. série T. V. — n° 1.

Le 7 juin, la femme d'un charpentier, âgée de 30 ans, bien nourrie et vigoureuse, sort de chez elle dans l'après-midi, annonçant l'intention d'aller chercher de la farine dans une localité, à une lieue et demie de distance. A cet effet, elle se munit d'un sac et d'une corde, servant à attacher les vaches. On ne l'a pas vue dans le second village, et le soir des paysans la trouvèrent pendue à une branche d'un chêne situé à huit pas de la route dans une petite forêt, et sur une élévation d'où l'on domine la route au loin. Un village se trouve tout près.

Le chêne est droit et très gros ; la branche la plus basse sort presque horizontalement à une hauteur de six pieds, six pouces (la femme mesure cinq pieds un pouce). Le bout mince de la

corde était noué autour de cette branche et le gros bout formait le nœud coulant étreignant le cou du cadavre. Celui-ci ne touchait pas à terre. Une pelote de feuilles à demi sèches sortait de la bouche. Sur l'épaule droite était fixé, au moyen d'une épingle, un papier contenant au crayon ces mots : « Nous sommes trois qui avons commis ce meurtre. Nous avons trouvé un thaler et quinze gros ; elle n'a prié que pour ses deux enfants. » Les habits étaient dans le plus grand ordre ; l'herbe sous le chêne étaient piétinée et un petit sentier tracé à travers l'herbe, de la route à l'arbre. Contre ce dernier était appuyé une racine de l'épaisseur du bras et d'une longueur de six pieds et qui avait été autre part auparavant.

L'autopsie n'a révélé rien de particulier, aucune lésion extérieure à l'exception de deux petites égratignures ; aucun désordre dans les cheveux. La pelote de feuilles était tellement serrée dans la bouche qu'on ne pouvait la sortir et l'examiner que par une incision sous-mentonnière ; on vit alors qu'elle n'allait pas plus loin que les dernières molaires, sans toucher le voile du palais et laissant libre toute la partie postérieure.

Caractères ordinaires de la mort par pendaison.

Menstruation pleinement en marche.

L'examen du chêne fit reconnaître un bourrelet saillant au tronc ; en y posant un pied et en s'aidant de la racine signalée, on atteignait facilement de la main droite la face supérieure de la branche à laquelle la corde était attachée.

Le bruit de meurtre précédé de viol se répandit bientôt. L'intégrité des organes génitaux et l'absence de spermatozoïdes dans le mucus vaginal et utérin démentaient la seconde assertion. M. Heinrich, dans son rapport médico-légal, n'a pas manqué de nier également la première. L'absence totale de la moindre trace de lutte permet cette conclusion catégorique ; en effet, une femme robuste ne se laisse pas prendre en plein jour, dans le voisinage d'une route fréquentée, sans opposer de la résistance. Le billet qui devait dérouter l'opinion publique et la justice en est lui-même une preuve. Est-il admissible que trois meurtriers, assez hardis pour déclarer leur crime, aient écrit que leur victime n'avait prié que pour ses enfants ? Il est évident que cette femme a voulu se laver de la honte d'un suicide et son cœur de mère lui a dicté la fin de sa phrase.

L'instruction a d'ailleurs établi que cette femme était sous l'imminence d'une poursuite pour tromperie, et l'écriture du billet correspondait avec la sienne propre.

Nous ne pouvons pas publier en entier le rapport de Tardieu sur l'affaire J. C. de Bordeaux et qu'on peut lire dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* (2^e série, tome 23, page 340). En voici les conclusions :

« Dans le cours de cette longue discussion, où j'ai passé en revue toutes les questions médico-légales auxquelles pouvait donner lieu la mort de la femme C..., tous les faits, tous les arguments qui pouvaient être ou avaient été déjà produits pour ou contre l'hypothèse de l'homicide ou du suicide de cette femme; j'ai donné avec trop de développement, sans doute, mais avec tout le soin et toute la conscience dont je suis capable, les motifs des opinions qui m'ont paru devoir être adoptées sur chacun des points de cette délicate et grave affaire. Je n'ai plus, pour achever ma tâche, qu'à les résumer dans des conclusions très courtes, qui en rappelleront les principaux points :

1^o Des conditions matérielles dans lesquelles a été trouvé le corps de la femme C..., des traces et lésions qui existaient, tant au cou que dans les organes internes, et notamment dans les voies respiratoires, il résulte que la mort de cette femme est le fait de la pendaison simple et qu'elle n'a été ni étranglée, ni étouffée.

2^o La manière dont la pendaison a été opérée, la disposition du lien, suspendu autour de la poutre à laquelle il était fixé, la forme, la profondeur, la continuité, la direction du sillon que ce lien a imprimé autour du cou, donnent tout lieu d'attribuer la pendaison de la femme C... à un suicide.

3^o Les marques de pression violente qui ont été constatées au côté gauche du cou et qui ont pu faire penser à un crime ont été faites par la propre main de la femme C..., cherchant à écarter de son cou la corde à laquelle elle s'était pendue, etc.

Rapport de Tenneson sur un cas de pendaison

(*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 2^e série, tome 42,
page 161)

Un enfant de 13 ans est trouvé mort, assis par terre, la corde au cou, dans un jardin que dominant les fenêtres du voisinage.

Une tante chez qui vivait cet enfant fut soupçonnée d'avoir assassiné son neveu.

Messieurs, dit l'auteur, nous ne sommes plus au temps de la mort du prince de Condé. Et, parce que le cadavre d'un pendu prend appui sur le sol, loin d'écarter l'hypothèse d'une pendaison suicide, nous trouvons aujourd'hui, dans ce fait même, une raison pour y croire.

.....

Aug. C... ne porte ni sur la peau, ni sur ses vêtements, la moindre trace de coups, de violences. C'est un vigoureux enfant de 13 ans. Sa tante ne l'a donc pas étranglé ou étouffé de haute lutte. Il n'y a, d'ailleurs, aucune excoriation, aucune marque extérieure...

Rien dans le sillon marqué sur le cou ne peut nous dire si la pendaison a eu lieu avant ou après la mort, etc.

Affaire Jalade

(*Annales d'hygiène et de médecine légale*,
2^e série, tome 43, page 140)

Rapport de Champouillon (affaire Quinton)

(*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 2^e série, tome 46,
page 134)

DE LA PENDAISON COMBINÉE A UN AUTRE MODE DE SUICIDE

Dans la pendaison, comme dans tous les autres modes de suicide, on rencontre parfois des blessures qui attestent de tentatives avortées de suicide. On trouve alors, comme secondant la pendaison, des coups de feu, des coups de couteau, des coups de rasoir ayant opéré des lésions du cou et des sections incomplètes de la région antéro-latérale du cou. De ce fait, l'expert pourra tirer des conclusions extrêmement précises quand il aura démontré d'une façon absolue que ces lésions ont été faites ou non par le pendu lui-même. C'est ici que nous croyons devoir publier la consultation médicale si remarquable du professeur Lacassagne qui fit acquitter un innocent, retenu depuis un an en prison préventive.

Consultation médico-légale du professeur Lacassagne

Je soussigné Jean-Alexandre-Eugène Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon, expert devant les tribunaux, demeurant à Lyon, rue Victor-Hugo 8, consulté au mois d'octobre 1893 par M^e Jacquier, avocat, à l'effet de donner mon avis sur l'affaire de Montmerle, certifie avoir, en mon honneur et conscience, rédigé la consultation médico-légale suivante.

M^e Jacquier lorsqu'il nous fit l'honneur de nous consulter mit à notre disposition les pièces de la procédure instruite contre Meunier. La lecture de ces documents nous inspira des doutes sur la rigueur scientifique des conclusions du rapport de M. le docteur Deporte, nous fîmes partager ces doutes au défenseur qui put ainsi convaincre la cour de la nécessité d'un supplément

d'enquête. L'affaire a été renvoyée à la session de janvier et M. le docteur Coutagne a été chargé de rédiger un rapport sur la question suivante : « Déterminer si le suicide de la nommée Vermorel Antoinette, femme Meunier, de son vivant domiciliée à Montmerle (Ain) et trouvée morte dans cette commune le 19 juin 1893, est une hypothèse probable ou au moins possible. »

De notre côté, en attendant le rapport de ce confrère expérimenté, nous avons visité à Montmerle la maison des époux Meunier et nous avons fait sur place des constatations importantes. Nous avons recueilli, dans les annales de la science et dans les traités spéciaux, une série d'observations et de faits analogues ou comparables à celui qui nous occupe afin de montrer que notre appréciation est conforme à ce qu'ont observé la plupart des experts. Nous avons enfin longuement médité et réfléchi, sentant très bien la délicatesse de notre intervention et nous ne nous sommes décidé à présenter nos conclusions que lorsque nos convictions ont été réelles.

Afin de mettre de l'ordre dans notre exposé, nous allons d'abord indiquer les grandes lignes du plan que nous avons adopté. Nous commencerons par décrire l'état des lieux, c'est-à-dire les constatations faites par le premier expert et par nous-même. Le procès-verbal de transport du magistrat instructeur n'ajoutant rien d'ailleurs aux faits relevés par M. Deporte. Nous décrirons ensuite l'autopsie et présenterons à ce sujet nos critiques.

Cela fait, nous passerons successivement en revue les cinq questions posées par le premier expert et indiquerons les réponses que nous croyons devoir faire. Nous pourrions ainsi arriver à conclure que le suicide de la femme Meunier n'est pas seulement une hypothèse possible et même probable, mais que toutes les présomptions médicales permettent de croire à ce suicide.

I. — Etat des lieux

Cette partie du rapport médical décrit successivement le grenier où a été trouvé le cadavre, « une mare énorme de sang », la pose des instruments ayant servi à faire les blessures du cou : « ces trois outils sont rangés sur cette chaise avec la plus grande

régularité, les uns à côté des autres comme pour une exposition ». Viennent ensuite les descriptions de la poutre et du lien ou cordeau qui a servi à la pendaison. Sur la poutre en son milieu, « on observe de nombreuses taches de sang dans tout son pourtour. Il en existe également plusieurs un peu à droite. » C'est en ce point que la corde est arrêtée au niveau d'une des arêtes inférieures de la poutre « par un nœud compliqué à double tour et de là se dirige vers le cou de la femme Meunier. » M. le docteur Deporte a bien voulu, dans notre laboratoire, nous expliquer comment la corde enlaçait le cou de la femme Meunier. Si nous l'avons bien compris, étant donné que cette femme disposait, à sa droite, d'un paquet de cordeau long de 80 mètres, rien n'est plus simple que d'expliquer ce qui s'est passé. Prenant dans le tas une boucle ou anse toute formée, elle l'a fait passer de droite à gauche de sa nuque et saisissant le chef libre, elle l'a introduit dans la boucle pour aller la jeter par-dessus la poutre où elle l'a fixée par un nœud dit compliqué. On le voit : procédé de suspension et lien suspenseur sont d'une simplicité remarquable.

Les constatations que nous avons faites nous-même à Montmerle le 16 octobre 1893 où nous nous sommes transporté, accompagné de M. Jacquier, nous autorisent à apporter dans les débats des renseignements plus précis et plus complets.

Dans la maison habitée par les époux Meunier nous avons pénétré d'abord dans une première pièce; là sur une commode située à gauche de la porte se trouvaient des bouteilles contenant diverses liqueurs; de la chartreuse, entre autres. Une seconde bouteille était placée dans une souillarde située au-dessous de l'escalier qui mène au grenier; à terre, une paire de souliers de femme portant une épaisse couche de boue. C'était probablement les chaussures mises par la femme Meunier lorsqu'elle est sortie dans la matinée du 15 juin. Nous avons su aussi par le garde champêtre, appelé un des premiers dans la maison, que cette femme était chaussée de pantoufles, ce que paraît d'ailleurs indiquer la photographie du cadavre.

Nous montons au grenier, nous ne relevons dans l'escalier aucune tache de sang, et remarquons que la troisième marche a été sciée en partie; elle présentait, paraît-il, une tache san-



Bas de la poutre côté ouest regardant la Saône
(1/3 de la grandeur naturelle)



Bas de la poutre côté est, en face l'escalier
(1/3 de la grandeur naturelle)

glante insignifiante sans doute, car elle avait passé inaperçue au premier expert.

Au grenier notre attention se porte sur la poutre à laquelle a été trouvée pendue la femme Meunier. Elle est située à 1 m. 48 du sol. Son épaisseur ou hauteur est de 31 centimètres, sa circonférence de 116 centimètres.

Nous remarquons que sur cette poutre, ce qui se voit d'ailleurs sur la photographie, reposent deux perches-étendoirs dont l'autre extrémité se dirige vers le mur du fond. Ces perches portaient une quantité, paraît-il, considérable de linge sale. Elles sont placées à 2 m. 10 de distance l'une de l'autre et circonscrivent un espace rectangulaire de 3 mètres de long sur 2 mètres 10 de large et de 1 m. 60 de haut : soit une surface de 7 m. carrés environ. C'est dans cette espèce de tente aux murs mobiles, close sur ses deux côtés latéraux par des draps ou du linge, que se serait déroulé la scène du crime. Cependant sur aucun des draps, sur le linge, on n'a trouvé de taches de sang. Il est à remarquer que dans le dossier nous n'avons pas trouvé relevée cette disposition des lieux qui a cependant, d'après nous, une importance de premier ordre.

Nous faisons minutieusement l'examen des taches de sang que porte la portion de la poutre située entre les deux perches-étendoirs. Ces taches sont situées en face de la poutre qui regarde la Saône et sur la face opposée. Il n'y en a pas sur les faces inférieure et supérieure.

Nous trouvons sur la partie de la poutre qui regarde la Saône une longue trainée sanguine de 23 centimètres de long sur près de 13 centimètres de large, visible d'ailleurs sur une photographie mise à notre disposition. Elle est formée par une série de taches écailleuses luisantes et qui semblent avoir été faites par du sang projeté de bas en haut et un peu obliquement. Sur l'arête intérieure de la poutre, toujours sur la même face, se trouve une empreinte par essuiement faite par une main ensanglantée. A 50 centimètres de cette trainée sanguine et à droite, on relève de nouvelles taches de caractères différents et que l'on peut d'ailleurs distinguer à la loupe sur la photographie. Nous remarquons une tache allongée qui semble bien être l'empreinte d'un doigt, puis un peu au-dessus une quantité de

petites taches punctiformes faites par éclaboussure et comme pulvérisées.

Sur la face opposée à celle dont nous venons de parler, nous trouvons aussi une longue trainée de sang formée par des taches faites par du sang projeté de bas en haut et obliquement, car elles se terminent à leur partie supérieure par une pointe effilée. Ce sont comme des larmes de sang projetées de travers.

En résumé, nous montrons que la scène, dite du crime, a eu lieu dans un espace très restreint, à parois flottantes, et sur lesquelles les éclaboussures de sang auraient été nettement vues, s'il y avait eu lutte et si la femme avait cherché à fuir les coups d'un agresseur.

Nous établissons encore le caractère spécial des taches de sang de la poutre. Quelques-unes sont par essuiement, comme a pu le faire l'empreinte d'une main, d'un doigt, d'un lien ensanglantés. Mais d'autres sont par projection ou éclaboussure, comme si la partie blessée avait été présentée aux deux faces de la poutre. L'on peut donc dire, ou que la femme Meunier, la gorge ouverte et saignante, s'est approchée elle-même et successivement de l'une et de l'autre face de la solive, ou que, pendue vivante par son assassin, celui-ci a fait exécuter au corps de sa victime ces deux mouvements.

II. — *L'Autopsie*

Dans cette partie du rapport, l'expert fait successivement la description du cadavre, des vêtements, des plaies du cou, puis de la trachée, et expose l'état dans lequel ont été trouvés les poumons, le cœur, l'estomac. Il termine en montrant sur le corps de la femme Meunier qu'il n'y a aucune marque de lutte : « le mari, examiné au moment même, ne porte non plus sur lui aucune égratignure, aucune blessure, n'offre aucun autre phénomène pouvant indiquer la lutte. »

Nous commencerons l'étude de ce paragraphe par une citation de Taylor (*Méd. lég.*, p. 459-60), qui indique parfaitement la circonspection et les réserves qui doivent être présentes à l'esprit dans ces circonstances :

« La présence de marques de violence sur le corps d'une personne pendue est importante et il sera donc bon qu'un expert en note exactement le nombre, la situation, l'étendue et la direction. S'il est assuré qu'elles doivent avoir été produites pendant la vie, il aura à considérer la probabilité qu'il y a que leur origine ait été ou non accidentelle, les marques de violence ne doivent pas toujours être regardées comme fournissant des preuves non équivoques de meurtre, car il est possible qu'elles aient été produites avant la pendaison par la personne elle-même, qui, n'ayant pas réussi à commettre un suicide par ces tentatives, aura résolu ensuite d'accomplir son dessein en se pendant.

« Que l'expert réfléchisse mûrement à ces circonstances avant de permettre à son opinion d'impliquer un individu suspect ; qu'il considère qu'un sujet pendu peut présenter les marques d'une blessure par arme à feu ; avoir la gorge coupée, le corps déchiré ou défiguré, et que cependant, avant qu'il soit permis de nourrir des soupçons d'homicide, il faudrait qu'il fût clairement démontré que telles lésions n'ont pu être faites par le sujet lui-même dans n'importe quelle supposition probable. »

Nous serons donc forcé, après avoir relevé les constatations de l'expert, de faire quelques critiques, de montrer des lacunes, de signaler même des oublis irréparables.

Le corps est décrit dans l'attitude qu'indique très bien la photographie, la tête relevée par la corde, le buste droit, les jambes repliées, le corps reposant sur les talons. Il y a de la rigidité. Les mains et les avant-bras sont maculés de sang. Il n'est rien dit de l'état des ongles.

La tête est nue, « les cheveux sont en ordre, » sur la partie supérieure du corps une chemise et une flanelle, depuis la ceinture, deux jupes. Tous ces vêtements sont recouverts de sang desséché et formant croûte, inondés de sang, dit le procès-verbal de transport. En résumé, d'après cette description, les vêtements sont mouillés de sang à la partie antérieure, directement au-dessous de la blessure et ne présentent pas de taches sanglantes sur les côtés ou en arrière. Donc, le sang a ruisselé quand la femme Meunier était debout, sans cela le sang aurait coulé à droite, à gauche, en arrière.

La face est pâle, sans tuméfaction ni bouffissure, les globes



Femme Meunier

oculaires non saillants et probablement les paupières entr'ouvertes. Il n'y a pas de saillie de la langue, ce qui s'explique d'ailleurs par la position du lien qui maintenait l'occlusion des mâchoires.

La corde a laissé une empreinte sur le cou, c'est un sillon complet, paraît-il, et double en arrière, peu profond, dont les bords ne présentent ni infiltration sanguine ni ecchymoses. Telles sont les constatations faites sur la peau ; mais nous ne trouvons nulle part que ce sillon ait été méthodiquement disséqué pour rechercher son action sur les tissus profonds. De même on ne nous dit pas l'état des conjonctives, de la face interne des lèvres, du frein de celles-ci, tous points où l'on peut trouver des piquetés hémorragiques, constatés souvent dans ces circonstances.

Passons aux plaies du cou. « Il y a au moins deux vastes incisions ; » elles sont en forme de croix ; l'une est verticale et va du milieu du côté gauche du maxillaire inférieur au voisinage de la fourchette sternale, l'autre est au niveau du larynx, et s'étend d'un muscle sterno-mastoidien à l'autre. Chacune de ces plaies a 14 centimètres. Ce n'est pas tout : « plusieurs coups de couteau paraissent avoir été donnés dans le sens transversal, car la peau offre différentes sections. » On ne nous dit pas avec quel couteau ont été faites ces sections et si elles sont situées à droite ou à gauche. Voici les parties atteintes : la peau, les aponévroses, les trois quarts des muscles sterno-mastoïdiens, quelques veines, les jugulaires externes et les artères contenues dans ces plans.

Les veines jugulaires internes et les carotides primitives n'ont pas été touchées. Il n'y a rien à la glande thyroïde, mais le cartilage thyroïde est largement ouvert.

L'expert insiste ensuite sur les blessures portant en ce point : « la partie latérale droite du cartilage thyroïdien ne présente qu'une section très profonde ; la partie latérale gauche offre au contraire trois sections, une médiane plus profonde, deux autres de chaque côté de celle-ci, moins profondes et séparées par de petites languettes de cartilage, les trois sections indiquent d'une façon absolue la multiplication des coups de couteau sur ce point. » Nous dirons de suite que le grand nombre de blessures à gauche, alors qu'une seule est relevée à

droite, paraît indiquer que l'arme était dirigée de gauche à droite transversalement.

Dans ces conditions, il nous semble que ces blessures sont plutôt celles qu'a pu se faire elle-même la femme Meunier.

Si nous supposons un meurtrier, il faut, pour produire ces blessures transversalement et pour que l'hémorragie qui les accompagne vienne ensanglanter la partie antérieure des vêtements, que l'assassin soit placé en arrière de la victime, debout devant lui, et que celle-ci n'oppose aucune résistance pendant ces coups successifs. Si on admet que le meurtrier était en face d'elle, des coups pareils, en supposant qu'ils commencent à gauche, sont difficilement transversaux, mais plutôt obliques de haut en bas.

La blessure perpendiculaire nous semble dans toutes conditions impossible à expliquer comme le fait d'une main criminelle. Le trajet suivi par l'arme n'est pas en effet rectiligne sur un seul plan, et dans ce trajet de 14 centimètres s'étendant du bord gauche du maxillaire inférieur à la fourchette sternale, le couteau a entamé les tissus qui recouvrent la mâchoire, ceux qui sont situés sous le menton, et seulement à 2 ou 3 centimètres de celui-ci, a pu suivre une ligne droite jusqu'au sternum. Il a donc fallu, pour produire cette entaille, que la tête de la femme soit fortement portée en arrière et cette attitude n'est pas assurément celle d'une victime. C'est là le point essentiel et vraiment démonstratif que cette blessure ne peut être que le fait d'un suicide.

Voici maintenant l'examen des organes internes : L'os hyoïde et le cartilage thyroïde n'ont pas de fractures. Il y a un peu de sang dans la trachée. Dans les bronches du sang mêlé à l'air constitue un mélange spumeux.

Ces caractères ne sont pas ceux de la mousse du pendu, mais plutôt d'air battu avec le sang, ce qui semblerait indiquer qu'un certain temps avant la mort le sang se trouvait mélangé dans les bronches avec l'air de la respiration.

Les poumons ne sont point exsangues comme ceux d'un individu saigné à blanc. Ils renferment une certaine quantité de sang. Ici l'expert dit : « A l'ouverture de la poitrine les poumons ne s'affaissent pas, ils le sont déjà. »

C'est là une constatation dont nous ne saisissons pas bien le

sens et la valeur. Ces poumons ne sont pas engorgés; de coloration violacée, sans bulles sous-pleurales, sans tache de Tardieu, et plutôt exsangues à la périphérie.

Cela ne nous apprend pas s'il y a un peu plus de congestion aux lobes inférieurs comme on le constate souvent chez les pendus. Les organes sont cependant affaissés comme dans ce genre de mort.

Dans le cœur on trouve des caillots sanguins dans le ventricule gauche, tandis que le droit est vide. C'est en général le contraire qui se produit dans la pendaison. Mais le sang avait-il les caractères du sang asphyxique, était-il fluide et noir?

L'abdomen est ouvert, après avoir incisé « une couche de graisse sous-cutanée considérable », ce qui semblerait indiquer que le poids du corps de la femme Meunier était assez élevé. L'estomac est ouvert : à l'intérieur pas d'aliments mais encore une soixantaine de grammes d'un liquide de coloration brune. C'est probablement un peu de sang avalé et en partie digéré, « L'organe est normal dans toutes ses parties. » Ce qui veut dire sans doute que l'expert n'a pas trouvé sur la muqueuse d'arborisation vasculaire, de piqueté carmin ou vermillon, généralisé ou en îlots.

L'expert ajoute : « Le reste du corps de la femme ne présente aucun traumatisme. » Puis c'est tout. L'autopsie est terminée.

Dans l'abdomen, on ne nous dit rien de l'infection possible du tube digestif, et même de la disposition anatomique de l'S iliaque qu'Esquirol a signalée chez les mélancoliques et les individus à tendance suicide; l'état du foie et des reins qui sont congestionnés et asphyxiques chez les pendus n'est pas mentionné; la vessie était-elle pleine ou vide? Y avait-il des matières fécales dans l'ampoule rectale?

L'état du cerveau n'est pas mentionné. Il était non seulement utile de constater s'il était congestionné ou anémié, mais encore s'il présentait les signes d'une affection cérébrale, s'il y avait des plaques blanches de l'arachnoïde ou d'autres lésions des méninges ou des vaisseaux.

La région de la nuque, de la base du crâne, du cou, n'a pas été examinée; il fallait rechercher s'il n'y avait pas de lésions du rachis; de distorsion de la deuxième sur la première cervicale à cause de la position de la corde et de la tête fortement^t

fléchie en arrière, comme on le constata chez le sabotier de Liège dont l'observation est citée partout.

Les apophyses styloïdes, si longues chez la femme, n'étaient-elles pas fracturées? Y avait-il ou non injection de la base de la langue? Quel était l'état des carotides, présentaient-elles la lésion d'Amussat si fréquente chez les pendus? Les nerfs pneumogastriques étaient ils contus? Le laryngé supérieur, au moins à gauche, avait dû être sectionné. Enfin, pour terminer, à la surface de la peau, où était le décubitus, où se trouvaient les lividités? Il nous semble qu'il était indispensable de pratiquer à la surface de la peau des incisions profondes ou crevées afin de révéler ces ecchymoses profondes qu'un meurtrier aurait nécessairement produites sur les bras ou épaules, aux coudes, sur les parties saillantes ou ailleurs, pour égorger cette femme puis placer son corps dans la position où on l'a trouvé.

Nous arrivons aux *questions que s'est posées l'expert*.

1° « La femme Meunier a-t-elle succombé dans la pièce et à l'endroit où elle a été trouvée? » Cela ne fait pas de doute, et l'expert dit que si elle avait été tuée ailleurs, le transfert du corps dans cet escalier à accès difficile aurait laissé nécessairement des taches sanglantes. « C'eût été difficile à une personne seule de passer la femme Meunier par un escalier aussi étroit sans produire quelques désordres dans ses vêtements. » Il résulte de ces citations que dès le début l'hypothèse la plus vraisemblable paraît être celle de l'assassinat et du crime accompli par une seule personne. Il eût été bon cependant de discuter si l'adjonction de complices n'aurait pas permis plus facilement de faire dans la région du cou les blessures dont il a été parlé.

C'est le moment de produire à cette place une série d'observations analogues dont quelques-unes se présentent avec des particularités si semblables ou offrent de tels rapprochements que le doute ne peut plus subsister dans l'esprit et qu'il est bien évident que le suicide de la femme Meunier n'est pas le premier qui se présente dans de pareilles circonstances.

L'affaire Calas

1° Jean Calas, âgé de 70 ans, fut en 1761 condamné au supplice de la roue pour avoir assassiné son fils Marc-Antoine Calas.

Celui-ci, âgé de 28 ans, avait été trouvé pendu un soir au moyen d'une corde attachée à un billot situé entre les deux battants de la porte qui faisait communiquer la boutique et le magasin de Jean Calas.

Quand les parents trouvèrent le corps d'Antoine ils s'empres-
sèrent d'enlever le lien, firent prévenir un chirurgien auquel
on ne raconta pas le genre de mort. Les capitouls de Toulouse,
surexcités par l'opinion publique, ordonnèrent le transport du
corps à l'hôtel de ville où un médecin et un chirurgien déci-
dèrent que Marc-Antoine avait été étranglé.

Et cependant rien ne montrait nettement un assassinat : on
n'avait pas entendu de bruit dans la maison, l'habit du mort
avait été trouvé plié sur le comptoir ; sur le corps pas de traces
de coups, aux vêtements pas de désordre, la chevelure était
aussi bien arrangée qu'auparavant. Tout indiquait donc une
mort sans résistance. Ces différentes constatations furent rele-
vées plus tard, mises en évidence par Voltaire. Le Grand
Conseil et les maîtres des requêtes rendirent un jugement le
9 mai 1765 pour réhabiliter la mémoire de Jean Calas.

Dans les *Annales d'hygiène*, 1835, tome XIV, le Dr Desgranges
(de Bordeaux) a publié une observation sous ce titre : *Asphyxie
par strangulation. Soupçon de meurtre ou d'assassinat, sui-
cide*, dans laquelle il s'agit d'un homme trouvé pendu à une
corde fixée à un clou du plafond dans une chambre de sa
maison, le verrou de sa chambre tiré en dedans, la fenêtre
fermée.

Sur la région antérieure et supérieure du cou, il y avait :

- a). Une blessure profonde ;
- b). Dans celle-ci passait la corde qui soutenait le corps ;

c). On constatait des taches de sang sur le carreau, devant une table à toilette ;

d). De même à l'étage au-dessus, dans le tiroir d'une autre table, les marques d'une main ensanglantée ;

e). Dans la chambre pas de traces de lutte ;

f). Sur les vêtements et sur les mains du cadavre, beaucoup de sang, mais pas de trace, même la plus légère, de meurtrissure, d'ecchymose, de violence quelconque ;

g). La plaie, située sous le maxillaire, était large, béante, transversale, semblant avoir été faite à plusieurs reprises, à cause de l'incision nette de la grande plaie, de petits lambeaux angulaires qui se trouvent sur quelques autres parties, de petites blessures linéaires, n'intéressant que la peau ;

h). La plaie pénétrait jusque dans le pharynx ;

i). Aux extrémités on constate deux sillons avec tous les caractères des sillons des pendus.

Le D^r Desgranges conclut que l'individu était mort des suites d'une asphyxie par pendaison, et que ce genre de mort était l'œuvre de sa volonté forte et énergiquement arrêtée.

Le magistrat instructeur se refusa d'abord à admettre les conclusions de l'expert.

Et celui-ci ne fut nullement surpris de la résistance qu'il éprouva à convaincre le juge d'instruction. « Comment, en effet, concevoir, à moins d'être versé dans les connaissances médico-légales, qu'un homme portant au cou une blessure profonde, affaibli par une hémorragie considérable, suite de l'ouverture d'une artère, ait eu néanmoins la force physique de se procurer une corde, de fixer une échelle contre le mur, de monter sur cette échelle et d'attacher difficilement à un clou du plafond le lien auquel il s'est suspendu et qui a mis fin à ses jours ? Il faut l'avouer, cela dut paraître difficile, impossible même à ceux qui, guidés par leurs seules lumières naturelles, ne purent appeler à leurs secours les considérations physiologiques et les faits journaliers de la pratique. M. le magistrat fut donc très porté à soupçonner un assassinat ; il fut très porté à croire que le

malheureux B..., atteint d'une blessure mortelle, y avait succombé et avait été ensuite, quoique mort, pendu par son meurtrier, cherchant ainsi à égarer la justice par les apparences d'un suicide. »

Suicide ou Assassinat, par les docteurs SCHOENFELD
et HANOTEAU (*Ann. d'Hyg.*) 1879, p. 257.

Le 18 octobre 1858, dans la commune de Gilly, près Bruxelles, le sieur Vanderglas, négociant, est trouvé mort dans sa chambre, la porte est fermée en dedans par un verrou. Le lit est bouleversé et présente quelques taches de sang. Il y a de nombreuses gouttelettes de sang sur un angle du drap qui pende au pied du lit. On trouve des empreintes sanglantes sur le rebord du bois du lit, une traînée de sang a coulé depuis le bord supérieur jusqu'au plancher. « Sur la table se trouve un couteau long et effilé, semblable à un bistouri, un bassin et une aiguière. Le couteau est ouvert, les deux côtés de la lame sont sanguinolents; le manche n'est teint de sang que d'un seul côté. Le bassin contient de l'eau sanguinolente; l'anse de l'aiguière porte l'empreinte d'une main ensanglantée. Le bouton de cuivre du tiroir montre une tache de sang clair; le tiroir contient un linge souillé de sang. Sur la chaise se trouve un gilet marqué d'une goutte de sang, et une cravate bleue également maculée. Le siège du fauteuil, sur le dossier duquel se trouvent un gilet de flanelle et des chaussettes, est imbibé d'une mare de sang caillé, au milieu de laquelle nous voyons deux couteaux ouverts, l'un de la forme d'une serpette, à pointe ébréchée; l'autre un couteau de poche ordinaire, peu pointu, mais assez tranchant. »

Le cadavre, couché sur le ventre, a la tête engagée sous le lit jusqu'au niveau des épaules. La figure, le cou et les mains sont ensanglantés. « La partie latérale gauche du cou est divisée par une plaie béante, plus profonde et déchiquetée à la région médiane. Une ficelle de moyenne grosseur entoure quatre fois le cou, passe dans la plaie et les extrémités libres rejoignent les mains en faisant un tour sur la main droite et deux autour du poignet gauche.

Pas de contusions sur le corps. Le cadavre est habillé, ses vêtements boutonnés ne portent aucune trace de lutte ; seulement toute la partie antérieure est imbibée de sang.

Devant ce cadavre étranglé, la gorge ouverte, les mains attachées, la question de l'assassinat venait immédiatement à l'esprit. On savait, d'ailleurs, que l'harmonie ne régnait pas dans le ménage Vanderglas et quelques jours avant le mari avait déposé une plainte pour scènes et violences répétées à charge de sa femme et du frère de celle-ci.

Voici l'état du cou constaté à l'autopsie :

« Une plaie de 7 à 8 centimètres se dirige du côté gauche du cou, en bas et en dedans, jusque sur le point saillant du cartilage thyroïde. Déchiquetée en dedans, elle est nettement coupée sur le reste de son parcours. En dessous de cette plaie se trouvent cinq autres incisions plus courtes, transversales et presque parallèles, dont une seule est pénétrante. Elles sont irrégulièrement déchiquetées aux deux extrémités. La plaie supérieure a séparé l'os hyoïde du cartilage thyroïde, entamé le pharynx et pénétré jusqu'aux muscles qui tapissent la colonne vertébrale. La petite plaie pénétrante a disjoint les cartilages thyroïde et cricoïde, c'est-à-dire que les deux solutions de continuité ont entamé le larynx dans ses deux points vulnérables. La veine jugulaire externe et les vaisseaux thyroïdiens supérieurs sont divisés : les gros vaisseaux du cou sont intacts et vides de sang.

Pour le docteur Schoenfeld, Vanderglas s'est suicidé. Pas de lutte, les vêtements sont ajustés, les membres exempts de meurtrissures, or avec le nombre et le peu de profondeur des blessures de la gorge, de pareilles tentatives de la part d'un meurtrier auraient certainement provoqué une lutte désespérée.

Le médecin fait ensuite voir que Vanderglas a d'abord employé le couteau-bistouri, puis d'autres couteaux, et enfin s'est étranglé avec une ficelle, et il ajoute ces réflexions qui, il me semble, comme les constatations précédentes, peuvent être rapprochées de l'affaire de Montmerle.

« Mes conclusions paraissent avoir été fondées ; très mal accueillies d'abord par l'opinion publique et même par les honorables magistrats instructeurs, elles furent corroborées par les dépositions ultérieures. » L'alibi des inculpés fut nettement

établi. Après quelques jours de détention préventive, ils ont été remis en liberté.' « Nul doute que, dans « le bon vieux temps » ils auraient été promptement reconnus coupable d'une mort qui était peut-être dans leurs vœux, mais à laquelle ils étaient manifestement étrangers. »

Le docteur Riembault a publié (dans les *Ann. d'Hyg.* 1867) sur cette question médico-légale de la distinction du suicide et de l'homicide, un *exemple remarquable de pendaison suicide compliquée de blessures à la tête*. Cette observation, par plus d'un point, peut être rapprochée de l'affaire qui nous occupe, et il est utile de reproduire ici le résumé qu'en a donné notre regretté collègue de Saint-Etienne.

Le 7 juin 1867, avant midi, D..., résolu à se donner la mort, pénètre dans un lieu abandonné, où il ne court pas le risque d'être dérangé, dans un grenier inoccupé. Là, il se frappe de son couteau. Il renonce bientôt à cet instrument qu'il juge insuffisant, il le remet dans sa poche et s'attaque avec le tranchant d'une hachette sur le côté droit du crâne. Après s'être mutilé affreusement sans être parvenu à se donner la mort, il va chercher un autre moyen d'en finir. Il est résolu à se pendre ; il lui faut une corde ; le grenier n'en contient pas ; alors, tant pour arrêter le sang qui ruisselle sur la face et les yeux et le gêne pour l'exécution de son projet, que pour ne pas attirer des faucheurs du voisinage ou des gens qui pourraient l'apercevoir des environs, il s'applique autour de la tête son mouchoir de poche, met par-dessus son chapeau, descend les huit marches de l'escalier dont nous avons parlé et, soit en allant soit en revenant, le tache de quelques gouttes de sang. Il se rend dans une cour faisant partie du corps de bâtiment voisin, s'approche d'un puits qui s'y trouve, sans doute dans l'espoir d'y trouver une corde ; là il perd du sang. Trompé dans son attente, il se rend, en homme qui connaît les lieux, dans un réduit où le locataire a coutume de déposer plusieurs ustensiles, sacs, cordes, etc., là il perd encore quelques gouttes de sang et revient au grenier où a été trouvé son cadavre ; muni d'une corde, s'aidant de l'échelle-perchoir, il fixe cette corde à une poutre et répand quelques gouttes de sang sur l'une des faces de l'échelle ; puis pour s'ôter toute chance de salut, il éloigne l'échelle, la change de place, l'applique contre le mur, dans la position où nous

l'avons vue, mais de telle sorte que la face antérieure devient postérieure. C'est ce qui explique la présence du sang sur les deux faces. En effet, tous ces préparatifs terminés, D... se dépouille de son chapeau qu'il plie soigneusement, s'arme encore de la hachette, monte de nouveau, et pour la dernière fois, quelques degrés de l'échelle qu'il souille de sang, passe la tête dans le nœud coulant et se porte alors sur le crâne avec la hachette, du côté en forme de marteau, un coup terrible. Il en résulte une commotion cérébrale ; le corps s'affaisse ; la pendaison a lieu ; la hachette s'échappe de ses mains, le sang s'épanche sur la tête, les habits, les souliers.

« Au premier abord, les désordres épouvantables du crâne éloignent l'idée d'un suicide. Cependant tout autre explication que celle que nous venons de donner, et qui est basée sur l'étude des faits, semble tout à fait impossible. »

Les documents que nous venons de transcrire montrent d'une façon très nette que le suicide peut s'accomplir avec un ensemble de circonstances qui pourrait facilement donner le change à un examen superficiel et faire croire ainsi à un meurtre.

Il faut parler ici, à propos de l'état des lieux, des hémorragies abondantes qui ont accompagné les blessures du cou.

La mare considérable de sang, car c'est ainsi qu'on l'a appelée dans les documents, l'imprégnation des vêtements indiquent que la femme Meunier avait perdu beaucoup de sang. Il est impossible de dire quelle quantité. Rappelons cependant que si autrefois on estimait la totalité à 20 livres, aujourd'hui on sait qu'elle est de 6 à 7 kilog. c'est-à-dire de 6 litres en moyenne sur un homme adulte.

Si une certaine quantité de sang est sortie en avant, et si parfois même l'hémorragie pouvait devenir insignifiante lorsque la femme Meunier penchait la tête en avant, il n'en est pas moins vrai que lorsque les blessures ont été faites et les artères ouvertes, le sang a été projeté à une certaine distance. Les physiologistes ont calculé qu'avec une tension maxima le sang peut-être lancé à une distance d'un mètre 50 et même 2 mètres. Si nous nous rappelons l'espace clos dans lequel l'égorgeement a eu lieu, il est évident que les linges placés sur les perchoirs auraient été éclaboussés. Il faut donc admettre le cas de suicide, c'est-à-dire que la femme Meunier s'est ouvert la gorge en faisant face à la Saône.

DEUXIÈME QUESTION

Quelles sont les causes de la mort ?

Cette femme est morte d'après l'expert à la fois par syncope, suite d'hémorragie, et par suffocation, résultat de la pénétration du sang dans les voies aériennes.

Dans cette hypothèse, c'est un cadavre qu'on a pendu. Faisons remarquer que certains résultats nécropsiques ne sont pas tout à fait d'accord avec cette opinion, que l'état des poumons est assez conforme à celui des pendus.

Rappelons que dans la mort débutant par la suspension de la respiration, les cavités du cœur sont remplies de caillots noirs. Dans ces cas, sur les animaux, Paul Bert a fait voir que la contractilité des muscles cesse cinq minutes après la mort et que la rigidité cadavérique survient très vite. Nous estimons que l'hémorragie abondante pouvait en effet prédisposer à une syncope mais qu'il est probable qu'elle a été déterminée par acte réflexe après la suspension. Mais il est impossible, vu l'insuffisance des renseignements, d'être plus affirmatif sur ce point.

TROISIÈME QUESTION

« Y a-t-il eu pendaison d'abord et coups de couteau après seulement ? »

L'expert répond négativement et avec certitude, nous sommes de cet avis ; les blessures du cou ont été faites avant l'application du lien suspenseur, au moins pour ce qui concerne la blessure longitudinale. Mais il faut faire une part à l'hypothèse émise par le Dr Coutagne sur les conditions dans lesquelles la femme Meunier a accompli la fin de son suicide, s'étant déjà placé la corde au cou, « Elle se fait de gauche à droite et dans le sens transversal une large incision qui ouvre le larynx dans lequel le sang se précipite. Elle s'affaisse simultanément et au bout de quelques instants sous l'influence de la suffocation asphyxique et dans un dernier mouvement jette loin d'elle et

à sa gauche le couteau dont elle vient de se servir. La pendaison ajoute alors ses effets à ceux de l'introduction du sang dans les bronches et de l'hémorragie externe qui souille la partie antérieure des vêtements ; la mort survient presque immédiatement. Le suicide nous paraît possible dans ces conditions et seulement dans ces conditions. »

Nous ne tenons pas à produire un récit aussi circonstancié. Notre but n'est pas de décrire ni de préciser les différents temps de ce drame. Nous voulons seulement démontrer que la mort de la femme Meunier est exclusivement le fait de manœuvres suicides et que cette mort, dans les conditions que l'on connaît, ne peut s'expliquer par l'introduction d'une main étrangère.

C'est à cette place qu'il nous faut maintenant indiquer ce que les médecins légistes ont écrit sur la distinction du suicide et de l'homicide dans des cas semblables à celui qui nous occupe. Sur ce point, la science est faite, et nous pourrions presque dire, en paraphasant un mot de Rousseau : La médecine légale est infaillible, ce sont les médecins-légistes qui se trompent.

Les plaies du cou ou par égorgement ont donné lieu depuis longtemps à un diagnostic difficile sur leur cause suicide ou homicide. Ambroise Paré en cite un curieux exemple (*Des plaies récentes et sanglantes*, chapitre XXXI, page 93, tome II, édition Malgaigne).

Pour faire ce diagnostic, nous avons l'habitude de rapprocher l'instrument vulnérant des différentes plaies. Nous appliquons les recommandations si bien formulées par Adelon dans une semblable expertise.

« Il est de précepte dans notre art, d'adapter aux plaies les instruments qui sont supposés les avoir faites, afin de reconnaître si ceux-ci s'y rapportent ; de mettre ces instruments dans les mains du prétendu suicidé pour voir s'ils s'y adaptent, et s'il y a correspondance entre les taches de sang que présentent les uns et les autres, enfin de faire exécuter aux mains du cadavre les mouvements nécessaires pour faire les plaies, afin de voir si la chose est possible, et si la forme, les dimensions de l'instrument, la direction dans laquelle on l'a fait agir, s'accordent avec toutes les particularités de longueur, de direction, de profondeur que présentent les

blessures. » Dans le *Traité de médecine légale* de Casper, tome II, p. 247 à 250) on peut lire les observations 164 à 171 qui montrent des cas de suicide douteux avec blessures portant sur le cou. Une de ces observations est relative au suicide d'un homme qui, secouru à temps alors qu'il s'était pendu, alla ensuite dans sa cuisine et se coupa la gorge. D'autres observations (ainsi l'observation 288) montrent la ténacité des résolutions de certains suicidés : une fille de 34 ans, après s'être fait deux blessures dans le péricarde et avoir atteint la pointe du cœur, trouvant que la mort ne venait pas assez vite se décida à se pendre.

Tardieu, dans son *Etude médico-légale de la pendaison*, consacre 60 pages (58 à 121) à la distinction du suicide et de l'homicide.

« J'ai dit souvent que la question de distinction du suicide et de l'homicide serait résolue si l'on avait pu déterminer avec exactitude que la pendaison avait eu lieu pendant la vie. Car la mort par pendaison dit presque exclusivement suicide ; l'homicide ne pend qu'après avoir donné la mort d'une autre façon. » Il faut tenir compte de la position du corps, des circonstances matérielles de la pendaison, des constatations faites sur le cadavre,

La position, « chose remarquable, point essentiel dans la question qui nous occupe, ces cas de pendaison incomplète dans lesquels le corps repose en partie sur le sol, replié, accroupi, parfois assis et presque couché, ces cas appartiennent tous à des suicides parfaitement constants, à ce point qu'on a pu dire, sans trop de paradoxe, que la pendaison incomplète est nécessairement suicide. » C'est ce que Casper avait dit par cette phrase : Il faut savoir qu'il n'existe pas une seule position du corps dans laquelle la mort volontaire par pendaison ne soit pas possible.

Circonstances de la pendaison. — Les suicidés peuvent se pendre avec les liens qui leur tombent sous la main et en attachant ceux-ci à leur lit, à leur fenêtre, à un endroit quelconque de leur chambre. D'autres au contraire apportent à ces dernières conditions un ensemble de difficultés ou emploient, comme le dit Tardieu, de véritables tours de force : « Les uns

laissent tout en désordre autour d'eux, les autres rangent avec soin les moindres objets et vont jusqu'à plier minutieusement les vêtements qu'ils quittent avant de s'abandonner à la mort. Quant au lien, on peut dire que les nœuds les plus lâches, l'anse simple, par exemple, semblent des indices à peu près certains de suicide.»

Constatations faites sur le cadavre.— L'important est d'établir une concordance parfaite entre l'empreinte et le lien suspenseur au triple point de vue des dimensions, de la forme et de la direction.

Tardieu cite ensuite trois exemples de pendaison-suicide prise par erreur pour homicide sous ces rubriques : 1° le suicide de Marc-Antoine Calas ; 2° le suicide d'une femme faussement attribué à un homicide, erreur du médecin, condamnation du mari ; 3° suicide d'une femme, ecchymoses du cou attribuées à des violences commises par le mari et reconnues plus tard pour avoir été faites par la main de la femme pendue. Innocence de l'inculpé reconnue.

Dans une autre consultation (*Ann. d'Hyg.*, 1875), Tardieu reprend à propos de pendaison, la distinction du suicide et de l'homicide et il conclut que la veuve Latude est morte pendue. Rien, ni dans la position du cadavre, ni dans la présence d'un voile au devant du visage, ni dans le choix, ni dans la disposition du lien suspenseur, n'exclut la possibilité, et disons plus, la probabilité du suicide.

Dans le premier volume du *Traité de médecine légale* de Maschka, nous trouvons la question qui nous occupe dans trois chapitres signés de Blumenstok (est-ce un homicide, un suicide, un accident?), de Maschka (mort par pendaison) et de Weil (blessures du cou). En voici un résumé.

Il est souvent difficile de dire où commence et où finit la blessure. Le plus souvent à droite, elle a parfois la forme d'un zig-zag. La peau du cou étant recouverte de plis, un seul coup porté peut produire sur la peau plusieurs blessures n'ayant pas entre elles de rapports. Les blessures transversales sont les plus béantes, à bord repliés. Weil cite la statistique de Horteloup. Sur 88 cas de blessures graves par instrument tranchant portant sur le larynx et la trachée, il y eut 67 gué-

ri-son et 21 cas de mort (soit 23,8 0/0; les blessures moins étendues sont plus graves, sur 21 cas, il y eut 10 cas de guérison et 11 morts (52,3 0/0). Il rappelle la commotion du larynx qui, d'après Fischer, pourrait rapidement produire la mort et cite l'opinion de Gueterbock qui pense que, dans certains cas, il peut survenir un œdème pulmonaire rapidement passager et dont on ne trouve plus trace à l'autopsie.

Blumenstok conseille, pour faire le diagnostic du suicide et de l'homicide, de rechercher les traces de lutte, les plaies de défense (cas du Dr Zejozuer, professeur à l'Université de Cracovie, âgé de 65 ans, trouvé mort dans son lit; sur les mains, le cou, des égratignures; il avait été étranglé par son domestique), les excoriations faites pendant la vie ou *post mortem*, les caractères fournis par les taches de sang et les empreintes sanglantes. Maschka rappelle le cas, observé par Taylor, d'un homme qui s'est pendu après s'être fait au cou une blessure profonde, celui de Dégranges dont nous avons parlé. Il a observé lui-même un homme qui s'était aussi pendu après avoir tenté de s'égorger. Dans un autre cas, un individu, avant de se pendre, s'était ouvert les veines de l'artère à l'avant-bras gauche. Chez quatre pendus, il a trouvé des lacérations de la bouche et fractures du palais produites par coup de feu tiré dans la bouche. Sur cinq autres, il trouve des blessures à la tête, produites par des coups reçus quelques jours avant la pendaison. Une femme de 60 ans se pend, mais son mari peut lui porter secours à temps, peu de temps après elle s'ouvre la gorge : à l'autopsie, on constate le sillon. En résumé pour le diagnostic du suicide et de l'homicide, il faut tenir compte des signes de résistance, de lutte, de l'état des lieux où s'est passé l'événement, des vêtements, de l'examen méticuleux de la surface du cadavre, de la position du sillon et de la situation du corps pendu.

Notre vénéré maître, le professeur Tourdes, a écrit le remarquable article *Pendaison* du dictionnaire Dechambre. Il s'occupe du diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide.

Même dans les cas de suicide, les lésions de la colonne vertébrale sont possibles. Il cite le cas du sabotier de Liège, dont la tête était prodigieusement renversée en arrière et sans avoir ouvert le cadavre, Pfeffer en conclut que les vertèbres n'étaient

pas à leur place ordinaire et que la moelle avait dû être comprimée. Ansiaux a trouvé et disséqué des lésions semblables sur une femme pendue dont la tête était fléchie sur la poitrine. Disons à ce propos que nous avons observé un cas analogue à celui du D^r Germain : sur un homme qui s'était pendu dans une cage d'escalier nous avons trouvé une luxation de la deuxième vertèbre sur la première.

M. Tourdes cite un certain nombre de suicides compliqués et de suicides doublés, triplés. Sur un pendu de 59 ans, on trouva trois plaies au ventre, quatre aux jambes, une des plaies abdominales atteignait le foie. Ces blessures avaient été faites avec un rasoir, l'homme s'était ensuite pendu. Un homme de 52 ans, qui avait autrefois essayé de s'ouvrir la gorge, se pend, et sur son cadavre, on découvre une plaie faite par un canif dans la région du cœur; l'instrument avait ouvert le médiastin. Il en a été de même pour les plaies d'armes à feu faites avant la pendaison ou pendant qu'elle s'effectue. En 1824, Ollivier (d'Angers) a publié le fait suivant : un homme se fait six plaies au front avec le canon d'un pistolet. il se décharge ensuite l'arme dans la bouche, puis après ce délabrement, il se pend avec les manches de son gilet de flanelle. A Lyon, en 1884, un ouvrier de l'arsenal, après avoir assassiné sa maîtresse, se tire dans le crâne huit coups de revolver qui ne pénètrent pas, puis se pend (Lacassagne). Tourdes cite le cas d'un individu qui avait disposé son suicide de telle façon qu'au moment où il se tirait un coup de pistolet, ayant la corde au cou, il tombait dans l'eau, s'assurant ainsi un troisième genre de mort.

Hofmann dans sa *Médecine légale* (p. 256) traite de la section de la partie antérieure du cou. Il montre comment les suicidés se font leurs blessures : le plus souvent, outre la plaie principale et profonde, il y a plusieurs autres plaies. « La fréquence de la coexistence de plusieurs plaies sur le cou des suicidés prouve que ceux-ci sont encore en état après la première plaie, en général la plus profonde, de s'en faire encore d'autres, ce qui se comprend facilement dans les cas où les vaisseaux profonds du cou ne sont pas sectionnés du premier coup, bien que même dans ce dernier cas, l'individu ne perde pas immédiatement connaissance et soit encore capable de se

faire quelques autres sections se succédant rapidement. Cette précipitation et le trouble qui survient en ce moment expliquent pourquoi ces plaies faites ultérieurement ont les directions les plus diverses et peuvent même occuper d'autres endroits que le cou. »

Dans les cas de meurtre, et en supposant la victime endormie et le meurtrier derrière celle-ci, la direction de la plaie est sans doute comme dans un cas de suicide. Cependant la plaie est plus profonde, jusqu'à la colonne vertébrale même, tout à fait transversale, symétrique des deux côtés. Si la personne est éveillée et le meurtrier placé en arrière, la plaie se prolonge beaucoup du côté droit et il y a alors des traces de lutte, des plaies de défense.

La disposition des taches de sang sur le cadavre peut, d'après Hofmann, mettre sur la voie du suicide ou du meurtre. « On comprend que si la section du cou a été faite pendant que la personne était couchée, ce qui arrive très rarement dans le suicide, le sang s'écoule surtout par un ou deux côtés du cou, et se répand sur les objets sur lesquels l'individu est couché, tandis que si la plaie a été faite pendant que l'individu était debout ou assis, on peut s'attendre à ce que le sang s'écoule par en bas, particulièrement sur la face antérieure du corps.

Le Dr Henry Coutagne dans les *Archives d'Anthropologie criminelle* de 1883 a étudié les principaux éléments du diagnostic médico-judiciaire de la mort par pendaison et a présenté un résumé complet de toutes les recherches que l'expert doit faire pour arriver à des conclusions précises.

Nous arrêterons là ces citations un peu longues peut-être, mais indispensables cependant, d'après nous, parce que leur lecture donne cette conviction que le cas de la femme Meunier n'est pas le premier suicide avec un concours extraordinaire de circonstances. Dans cette affaire et après avoir acquis ces connaissances scientifiques, on voit qu'avec l'hypothèse du suicide tout est clair et évident ; avec celle de l'homicide, c'est l'incertitude et l'invraisemblance.

QUATRIÈME QUESTION

« La pendaison n'étant pas primitive, y aurait-il eu strangulation primitive ? »

L'expert fait d'abord le tableau de la strangulation par un lien, mais il ne dit rien d'une strangulation plus fréquente encore dans les crimes : la strangulation par la main.

Il pense trouver une impossibilité matérielle au suicide dans la différence qui existe entre la hauteur de la poutre et la taille de la femme augmentée de la longueur du lien. Nous voilà donc revenu à cette question qui paraissait depuis si longtemps tranchée qu'un individu pouvait se pendre dans une position quelconque. C'est d'ailleurs ce qui est formellement exprimé dans l'acte d'accusation : « Le corps trouvé dans le grenier n'avait pas la position verticale des pendus. » Enfin, l'expert se demande ce qui serait survenu si l'on avait ouvert le cou à une personne étranglée et dit qu'il n'y aurait pas eu l'hémorragie constatée sur les vêtements et la mare de sang sur le plancher.

Puis il conclut avec certitude qu'il y a pas eu pendaison ou strangulation. Nous disons, au contraire, qu'il n'y a eu égorge-ment volontaire suivi de pendaison dont les caractères anatomiques n'ont pas été malheureusement relevés. Remarquons encore que dans l'hypothèse de strangulation ou de pendaison homicide, on ne comprend pas qu'un meurtrier aille s'embarrasser d'un long cordeau de 85 mètres, au lieu d'employer un lasso facile à jeter autour du cou de sa victime. Plusieurs couteaux étaient à la disposition de Meunier, dit l'accusation, il lui était donc facile de tailler dans cette provision de corde un lien d'un maniement plus pratique.

CINQUIÈME QUESTION

« La preuve étant absolue que le fer a fait son œuvre primitivement, est-il possible d'admettre que la victime se soit frappée de sa propre main d'abord, puis se soit pendue ensuite ? »

L'expert ajoute : ici encore nous répondons sans hésitation par la négative.

Puis, dans un style où abondent les images et les métaphores, il fait un tableau de la scène du suicide et termine ainsi : Tout cela ne peut être. Quant à nous, nous ne voyons aucune impossibilité à ce que tout se soit passé ainsi que l'a

raconté l'expert. Voici d'ailleurs les impossibilités qu'il trouve. Elles sont faciles, il nous semble, à réfuter.

1° La femme étant droitère, il est plus probable que le premier couteau eût été trouvé à droite, mais une personne droitère peut se débarrasser d'un instrument qu'elle tient en le jetant aussi facilement à droite qu'à gauche ; de plus cela dépend de la position où était la femme, et le couteau était à sa droite ou à sa gauche selon que sa face était du côté de la Saône ou du côté opposé.

2° Les vaisseaux une fois ouverts par ce couteau, l'hémorragie aurait été contenue et des trainées de sang auraient été observées depuis la place occupée par la femme jusqu'à la chaise ; mais, il lui suffisait de fléchir la tête pour arrêter l'hémorragie, il n'y avait pas de gros vaisseaux ouverts et le sang ruisselait sur les vêtements.

3° La chaise elle-même aurait dû être couverte de sang. Nous faisons la même réponse que précédemment.

4° Cette perte énorme de sang aurait amené à elle seule une syncope qui aurait fait tomber et rester inanimée la femme Meunier. Une syncope, en effet, aurait pu survenir, mais cette femme n'a pas été saignée à blanc ainsi que le démontre l'autopsie. Il n'y a donc pas eu de syncope mortelle dans ces circonstances. Le cœur aurait été trouvé vide ou renfermant très peu de sang liquide comme il arrive dans l'arrêt subit de la circulation. Ajoutons que les observations indiquées plus haut indiquent bien que dans des conditions identiques, d'autres suicidés ont accompli des mouvements plus compliqués et n'ont pas eu de syncope.

5° Dans le cas d'une trachée largement ouverte et remplie de sang ainsi que les bronches, il y aurait eu une suffocation ou une syncope, d'où impossibilité d'exécuter les mouvements consistant à rapporter les couteaux sur la chaise, placer la poutre, confectionner un nœud compliqué ! Mais comme nous venons de le dire, en admettant avec l'expert ces différents actes, nous ne voyons aucune impossibilité à leur accomplissement.

Les véritables impossibilités ne sont pas là. Elles se trouvent dans la difficulté qu'aurait eu un homme comme Meunier à accomplir ce crime dans les conditions dont il vient d'être parlé.

L'homme a 62 ans et l'expert nous le montre atteint d'hypertrophie du foie, d'athérome artériel, de lésions organiques du cœur et de tremblement des membres supérieurs. La femme Meunier a 53 ans, elle n'a pas été atteinte dans les derniers mois de sa vie d'une affection qui ait pu la débilitier. Elle était même, dit-on, forte et vigoureuse; elle pouvait donc résister à un pareil agresseur. Or, il n'y a pas eu de trace de lutte, de plaies de défense et à ce point de vue rien n'a été trouvé sur le corps ou sur les vêtements de l'un ou de l'autre.

De plus, le cadavre de la femme Meunier devait, d'après nous, peser environ 70 kilogrammes. C'est là une masse d'un maniement difficile et certes au-dessus des forces de Meunier.

Louis, qui a jeté, à la fin du siècle dernier, tant de clarté sur des points obscurs de la médecine légale, disait qu'il lui semblait bien difficile qu'un homme puisse en faire mourir un autre en le pendant. Le plus souvent, on l'étrangle d'abord, puis on suspend le corps pour simuler un suicide.

De même Fodéré regardait comme impossible qu'un seul individu parvienne à pendre une personne de même âge et de même force que lui, sans que le corps de la victime présente des traces de violences.

L'assassinat ne paraît pas vrai et n'est pas même vraisemblable.

CONCLUSIONS

Dans ce long exposé, nous avons montré quel était exactement l'état des lieux où la femme Meunier s'est donné la mort, c'est-à-dire dans un espace limité. Sur la poutre se trouvent des taches de sang provenant des plaies saignantes du cou alors que cette femme attachait le lien destiné à la pendaison. La plaie verticale de la gorge et la simplicité du lien sont incontestablement de nature suicide. On peut en dire autant de la situation dans laquelle le cadavre a été trouvé.

Bien que les résultats de l'autopsie soient insuffisants la mort paraît être le fait de la pendaison, car on ne peut la rattacher sûrement à une autre cause. Il est établi sans conteste que le corps ou les vêtements de cette femme ne présentaient aucune trace de violence, il n'y a pas eu lutte et l'unique mare de sang, les vêtements ensanglantés seulement à la partie antérieure montrent que la femme s'est fait les blessures de la gorge dans la position droite.

Ajoutons que Meunier n'était pas capable, seul, de procéder à la suspension du cadavre de sa femme, sans laisser sur le corps de celle-ci des traces de ses manœuvres.

Toutes ces constatations sont en contradiction avec l'hypothèse d'un assassinat. Quel homicide extraordinaire que celui où tout est, sinon impossible, au moins à peine probable !

En résumé, toutes les présomptions médicales nous permettent de croire au suicide de la femme Meunier.

Lyon; le 20 janvier 1894.

Signé : A. LACASSAGNE.

Tels sont les documents précieux que cette récente affaire vient d'apporter dans la science.

Il ne nous reste plus qu'à résumer point par point les diverses observations qu'on a pu lire, les synthétiser en quelque sorte, mais ce qui est surtout utile, dans cette question de la distinction de l'homicide et du suicide, c'est moins l'étude dogmatique et théorique des moyens de diagnostic que l'interprétation des nombreuses observations que l'on possède.

POSITION DU CADAVRE

On a longtemps cru qu'il fallait pour qu'il y ait suicide qu'un pendu soit suspendu et bon nombre de gens peu

versés dans la médecine légale sont encore convaincus de cette prétendue nécessité.

Et pourtant, depuis bien des années, on a fait son procès à cette conception étrange de la pendaison. Rien n'est plus varié que les diverses positions des pendus et on a pu lire plus haut cette phrase de Casper : Il faut savoir qu'il n'existe pas une seule position du corps dans laquelle la mort volontaire par pendaison ne soit pas possible. Ce point de la question a été la cause de discussions célèbres au sujet du suicide du prince de Condé dont les pieds reposaient sur le sol ; affaire qui fut définitivement éclaircie par la lettre déchirée que ce prince avait écrite avant de se donner la mort. A côté de cet exemple, on en citerait cent autres : tels, le cas d'un jeune homme de 24 ans détenu à Mazas, pendu à l'angle de la fenêtre de sa cellule, à l'aide de la courroie du hamac, à laquelle il avait attaché une bande de linge et une cravate. Les pieds reposent sur le matelas et la main est prise entre le lien et le cou. Ce fait est rapporté avec un dessin de cette position dans le *Précis de Médecine judiciaire*, de Lacassagne. On y voit aussi un garçon de 16 ans pendu dans un grenier par une anse simple à l'aide d'un mouchoir noué sous le menton, les pieds posant dans un tas de blé ; un Anglais, pédéraste, pendu dans sa prison, les pieds ayant glissé sur le sol et faisant arc-boutant ; une fille détenue aux Madelonnettes, pendue à son lit à l'aide de sa chemise roulée, couchée presque par terre ; un détenu de Mazas pendu assis ; un autre détenu pendu un pied à terre et l'autre sur une chaise ; etc., etc.

De tous ces faits il ressort nettement combien est fausse cette opinion si en honneur, jadis, qu'un pendu suicidé

était un suspendu. On pourrait même presque retourner l'argument et dire que celui qui a vraiment l'intention ferme de se donner la mort choisira le moyen le plus simple tandis qu'un meurtrier ou des meurtriers ne croiraient jamais comme le dit Tardieu, pendre assez haut et assez court leur victime pour paralyser toute résistance.

DU LIEN, DU NŒUD, DU SILLON ET DES
LÉSIONS PROFONDES.

Jadis, on attachait une très grande importance au lien et au nœud qui était fait. De nos jours, on ne tire plus de ces constatations que des présomptions fort vagues. — Car elles ont donné lieu à tant de fausses conjectures qu'on n'ose plus s'y fier et avec raison. On devra cependant relever ces particularités. Les liens simples et les nœuds lâches, ordinaires, peu serrés ou encore en concordance avec le métier de la victime seront des indices de suicide. Les nœuds peuvent être d'une simplicité extrême, tel ce simple mouchoir passant sous le menton et noué au-dessus de la tête ; devant des cas semblables le doute n'est pas permis.

Le sillon est l'empreinte plus ou moins marquée et apparente qu'on trouve généralement sur le cou des pendus. La thèse de Pellier sur la pendaison a jeté un jour tout nouveau sur cette question. Cet auteur décrit trois positions principales du sillon. Dans la première, qui est la plus fréquente, il est situé, en avant, entre le larynx et le menton ; dans la seconde, il se trouve sur le larynx lui-même, ce qui est beaucoup moins fréquent ;

enfin dans le troisième cas, on l'observe, au-dessous du larynx, au niveau de la trachée. ce qui est très rare.

Pour la forme et la direction du sillon, il en est distingué trois types : le sillon *latéral*, *parabolique* ou en fer à cheval et *circulaire*.

De plus la direction du sillon présente une certaine obliquité et se présente rarement en transversale.

Les anciens auteurs attachaient une très grande importance à cette situation du sillon et par conséquent du lien. Fodéré disait même que dans les cas où il est placé à la partie inférieure du cou on avait là un indice non équivoque d'assassinat. Mais il faut se garder de suivre cet auteur et ce qu'il prend comme un signe de certitude a été révélé, dans bon nombre d'observations, comme n'ayant point de valeur certaine ; tout au plus, y aurait-il là un signe de très vague présomption.

Quant à la direction du sillon, on a prétendu que plus elle était circulaire, plus on devait penser à l'homicide. Dans le suicide, le nœud coulant qui est fait le plus généralement glisserait facilement et le sillon présenterait alors une obliquité très accentuée. Taylor dit bien que dans la pendaison la marque de la corde est généralement oblique, plus élevée à la partie postérieure du cou, en conséquence de ce que la bride qu'elle forme cède plus dans cette direction qu'à la partie antérieure. Mais cet auteur prétend que c'est une erreur de supposer que l'absence d'obliquité dans l'empreinte puisse fournir aucune preuve en faveur du caractère homicide de l'acte. La forme dépend en grande partie du fait que le corps est supporté ou non, car c'est le poids du corps qui cause cette obliquité ; cela dépend aussi de la manière dont la

corde est placée et l'auteur rappelle à ce sujet le cas rapporté par Orfila où le sillon s'étendait horizontalement autour du cou, d'arrière en avant. Le nœud coulant était à la partie antérieure du cou et il est clair que lorsque la corde est ainsi ajustée par un suicidé, il y aura à peine quelque obliquité dans la dépression produite par elle.

« On doit également noter avec soin, dit Pellier, la largeur du sillon et l'état de sa surface, qui sont en rapport avec la largeur, la souplesse du lien et son état de relâchement plus ou moins accusé. On tiendra compte aussi de la profondeur qui sera, en général, d'autant plus grande, que le lien aura été plus petit, plus consistant et plus rigide que la suspension aura été plus prolongée et le poids du corps plus considérable. »

D'un autre côté, il serait heureux de pouvoir certifier qu'un sillon a été fait pendant la vie ou après la mort. Et à ce sujet, nous empruntons encore ce qui suit à la thèse de Pellier. « L'empreinte parcheminée et momifiée du sillon ne se développe que sur le cadavre et, par conséquent, n'apparaît qu'un certain temps après la mort. Elle est due au desséchement de la peau par suite de l'absence de circulation. Il est parfois difficile de savoir si cette empreinte a été produite par la pendaison faite sur le vivant ou exercée sur le cadavre; en conséquence, cette marque n'est pas un indice certain dans le cas où il est douteux que la suspension ait eu lieu avant ou après la mort. »

Il va sans dire que les lésions internes déterminées par la pendaison sont les mêmes dans l'assassinat et dans le suicide. Les poumons et les autres organes asphyxiques présenteront toujours les mêmes caractères anatomiques

dans l'un des deux cas considérés. Il en est de même pour les désordres produits dans les couches musculaires du cou. Tardieu avait dit : « Il est très rare que l'on rencontre dans le tissu cellulaire où dans l'épaisseur des muscles d'ecchymoses ou d'infiltrations sanguines. »

Hofmann et Maschka admettent bien que le fait n'est pas si rare mais, avec Taylor, ils croient que ces lésions des muscles ne se rencontrent que dans les cas de violences considérables exercées dans la pendaison, ce qui indiquerait l'homicide. Et personne n'avait signalé en France, avant Pellier, sur les indications de M. le professeur Lacassagne, les ecchymoses et les déchirures musculaires dans la pendaison simple due au suicide. Les observations qu'a publiées cet auteur sont très explicites à ce sujet. Et ce sont là des lésions à rechercher car elles permettront d'établir si la pendaison a eu lieu pendant la vie ou après la mort.

Il en est de même des fractures de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde qui ne sont pas plus de nature homicide que les lésions dont nous venons de parler.

Mais il est une lésion dont on peut tirer, jusqu'à preuve du contraire, une conclusion utile ; nous voulons parler de la lésion d'Amussat, qui est, comme on le sait, la déchirure de la paroi interne de la carotide, primitive le plus souvent. On l'a observée chez des suicidés et chez des assassinés surtout. Mais, en somme, c'est une lésion qui n'est pas très fréquente chez les suicidés. On conçoit d'ailleurs très bien que dans un cas d'homicide où la victime aurait été fortement tirée par les pieds et aurait été pendue violemment, cette lésion doive être plutôt produite.

Il en est de même pour les luxations de la colonne vertébrale. Chez les pendus suicidés, il est peu probable qu'on les rencontre, dit Pellier, à moins de cas exceptionnels, où le suicide aurait été accompli dans des circonstances telles que la colonne vertébrale aurait été violemment ébranlée.

*Des taches livides des membres inférieurs
et de l'émission de sperme.*

L'examen devra porter ensuite sur les membres inférieurs et les organes génitaux.

Dans la pendaison comme dans la plupart des cas d'asphyxie, le sang reste fluide et, suivant la pesanteur, il vient former des lividités très accentuées aux jambes et aux pieds. Ces derniers sont parfois le siège d'une cyanose extrême. Quand on a pendu un cadavre, ces lividités des régions inférieures n'existent pas et on trouvera, au contraire, des traces livides indiquant un décubitus dorsal ou latéral antérieur à la pendaison.

Donc, ces lividités des membres inférieurs, l'émission de sperme et l'écoulement de matières fécales qui, en réalité, sont des phénomènes du même ordre, seront de puissants indices d'une pendaison suicide et prouveront suffisamment que la mort est bien due à la pendaison et que ce n'est point un cadavre qui a été pendu.

*Des conditions de la pendaison ; des traces de lutte ;
des preuves morales.*

Ces constatations, pour être moins précises, au point

de vue médical, que celles que nous venons d'étudier, deviennent parfois prépondérantes. On trouve là, en effet, des possibilités ou des impossibilités matérielles bien faites pour jeter une vive clarté sur une affaire litigieuse. Il faut pourtant se souvenir que ce qui a rendu si difficile la question qui nous occupe, c'est la multiplicité si variée des cas. Tout est possible en pareille matière, dit Tardieu. Parmi les suicidés, les uns accomplissent leur dessein avec la plus grande simplicité, tandis que d'autres s'entourent d'un cortège complexe de faits et de choses. On recherchera cependant si le lien appartenait au pendu, si le point où était attaché ce lien était ou non accessible pour lui ; on notera enfin l'état de tous les objets voisins. et ainsi on verra si le milieu dans lequel a été trouvé le cadavre a été souillé par un tiers de quelque façon que ce soit, si le mobile du crime supposé a été le vol, ou la recherche de papiers utiles à l'inculpé, etc.

S'il existe du désordre, on tentera d'y trouver des traces de lutte, on verra si certains objets trouvés par terre n'ont pas servi comme arme défensive ; et alors on complétera ces recherches par l'examen de l'inculpé, qui dénotera ou non la présence de plaies de défense. Si on trouve quelque empreinte, on en fera avec soin la description et on la comparera avec sa cause probable.

Quant à la victime elle-même, elle peut présenter, en dehors des signes propres de la pendaison, des traces de coups, des plaies qui deviendront les éléments majeurs de la réponse du médecin légiste. Si, en effet, le cadavre porte des signes de violences antérieures à la pendaison qui peuvent être rapportées, sans conteste, à des mains étrangères, la question se trouve immédiatement élucidée.

Et dans ces signes de violences on peut tout rencontrer : strangulation par les mains, par un lien, suffocation par un bâillon, coups de couteau, coups de massue, blessures par armes à feu, etc., etc.

Nous avons mis en tête de ce paragraphe ce titre : Des preuves morales. Loin de nous la pensée d'attacher à cette sorte de preuves une importance exagérée. Mais, jointes à beaucoup d'autres, elles peuvent faire pencher définitivement la balance. L'hérédité et l'imitation sont deux causes fréquentes de suicide et les exemples en sont nombreux. Dans les cas litigieux, l'expert pourra s'inspirer de ces exemples et rechercher la possibilité de ces facteurs dans le cas qui le préoccupe.

TABLEAU RÉSUMÉ

Pendaison homicide

Pendaison suicide

Le milieu

Désordre (le plus souvent).	Ordre (le plus souvent).
Traces d'une rixe.	Pas de traces de lutte; pas
Empreintes.	d'empreintes; objet voisins
Effraction de meubles (vol, etc).	restés ordonnés.
Le point d'attache du lien est	Hauteur accessible du point
plus souvent inaccessible.	d'attache du lien.
Le lien et le nœud ne peuvent	Le lien trouvé appartient plu-
être rapportés à la victime.	tôt à la victime.
Nœud de métier en rapport	Nœud de métier correspon-
avec la profession de l'in-	dant à la profession de la
culpé.	victime.
Nœud compliqué et très serré.	Nœud lâche, anse simple.

La victime

Vêtements déchirés, brutale-	Vêtements en ordre.
ments tiraillés, traces de	Pas de traces de violences.
violences homicides dans les	
diverses parties du corps.	
Position la plus commune :	Position quelconque.
suspension.	Sillon plutôt oblique.
Sillon plutôt horizontal.	Lésions profondes du cou
Lésions profondes du cou plus	moins fréquentes et moins
fréquentes et plus accen-	accentuées.
tuées.	Association d'autres manœu-
Pendaison unique ou post-	vres suicides secondant la
mortem, et dans ce dernier	pendaison.
cas, il n'y a pas de lividités	Hérédité ou imitation dans le
aux membres inférieurs, ni	suicide.
émission de sperme.	

L'inculpé

Plaies de défense.	Néant.
Taches parcheminées corres-	
pondant à des coups d'ongle.	
Empreinte deltoïdienne, etc.	
Force très grande ou compli-	
cité.	

CHAPITRE V

De la strangulation homicide, suicide et accidentelle.

Le suicide par strangulation est aussi rare que le suicide par pendaison est fréquent. En revanche, l'homicide par strangulation se rencontre assez souvent, quoique ce mode de mort soit devenu un des derniers moyens d'assassinat.

On a cru longtemps à l'impossibilité de s'étrangler soi-même; on se basait sur ce que, dans la compression par la main, toute force devait être abolie quand la trachée commençait à être suffisamment comprimée. Et, de fait, c'est là une vérité; mais la strangulation suicide par un lien quelconque reste vraie; d'ailleurs, il en existe de très nombreux exemples et nous en citerons quelques-uns. Le plus célèbre est celui de Pichegru, qu'on pourra lire en tête de nos observations.

Le diagnostic différentiel entre l'homicide et le suicide s'impose parfois et il faut distinguer à cet égard la stran-

gulation chez les enfants, chez les adultes et chez les vieillards.

Chez l'enfant nouveau-né, la question peut ne pas être toujours aussi simple qu'on pourrait le croire tout d'abord. Il peut se produire, en effet, une strangulation particulière au moment de la naissance, qui est purement accidentelle ; nous voulons parler de la strangulation possible par l'enroulement du cordon autour du cou de l'enfant. Et, d'un autre côté, dans certains cas d'infanticide, on a invoqué une strangulation opérée par la mère, en faisant des tentatives pour se délivrer elle-même, au moment où l'enfant était au passage.

Pour le premier cas, « il n'est pas douteux pour moi, écrit Tardieu, et je l'ai constaté de la manière la plus précise, que le cordon peut laisser sur le cou du nouveau-né une empreinte sous forme de sillon légèrement ecchymosé, ainsi que l'a admis Négrier et que l'ont démontré plusieurs faits cités par Taufflieb, » Cette possibilité une fois établie, il faut faire le diagnostic entre l'infanticide et l'accident. C'est à la docimasie pulmonaire de l'établir ; en effet, un enfant qui naîtrait ainsi étranglé ne présenterait pas les signes de respiration complète.

Quant au fait de la strangulation de l'enfant par la mère à l'aide du cordon lui-même, il rentre dans le cadre commun de l'infanticide par un lien quelconque.

Nous arrivons au second cas de strangulation, prétendue accidentelle, du nouveau-né, opérée par la mère de l'enfant au passage. Jusqu'ici, on a toujours pu réfuter ces allégations en se basant sur la direction et sur la forme des lésions relevées. Nous n'insisterons pas davantage sur ce côté, très intéressant, il est vrai, de l'infan-

ticide, mais qui ne rentre pas absolument dans notre sujet.

La strangulation est un des modes les plus fréquents de meurtre sur les vieillards. Etant donnée la force médiocre qu'ils peuvent déployer contre l'agresseur, le crime de ce dernier est singulièrement facilité et souvent l'expert ne trouvera chez une victime d'un grand âge aucune trace de lutte ni de violences. Comme on en a rapporté quelques cas dans la science, la mort par strangulation à l'aide de la main chez les vieillards a été d'une rapidité très grande ; le choc laryngien aurait été immédiat, sans traces générales ni même locales.

Chez l'adulte, l'étude de la strangulation homicide est plus complexe par la difficulté plus grande que rencontre le meurtrier et par les traces plus profondes et plus étendues qu'il est obligé de laisser.

Voici les observations tant de suicides que d'homicides par strangulation que nous relatons ; nous en déduirons à la fin de ce chapitre les éléments de diagnostic que nous croyons être les plus utiles.

OBSERVATIONS

Rapport sur le suicide de Pichegru (relaté par Chaussier)

Pour que l'on puisse mieux saisir la valeur des rapports suivants, nous donnerons un précis de ce cas particulier, dont les détails authentiques furent dans le temps rendus publics, d'après les ordres et le jugement d'un tribunal spécial.

Le général Ch... P... était depuis quelque temps à la tour du Temple. Le 5 avril 1804, on l'avait vu bien portant, on lui avait

servi le soir à souper comme d'ordinaire, et sur les dix heures du soir on avait fermé la porte de la chambre et enlevé la clef ; le factionnaire de garde assurait l'avoir entendu tousser sur les trois heures et demie du matin ; quand on vint allumer son feu, sur les trois heures on le trouva mort sur son lit ; on appelle un commissaire de police qui, sur la seule inspection, prononce qu'il y a suicide. Peu d'heures après, le tribunal criminel spécial à qui on avait annoncé que le général Ch... P... s'était suicidé la nuit dernière, nomma cinq de ses membres qu'elle chargea de se rendre au Temple pour constater le fait et recueillir les renseignements relatifs à cet événement et désigna cinq chirurgiens et un médecin pour procéder à la visite du corps et constater la cause de la mort. Ces derniers, environ douze heures après la mort présumée, ont unanimement déclaré :

Qu'ils s'étaient rendus au Temple et que le concierge les avait conduits à la chambre de Charles Pichegru, ex-général ;

Qu'ils y avaient trouvé sur un lit un cadavre du sexe masculin ;

Que le mort leur avait paru âgé de quarante à quarante-cinq ans.

Que sa taille était de un mètre soixante dix-centimètres ;

Qu'il avait les cheveux brun foncé, les sourcils de même couleur arqués, le front large et chauve ; les yeux gris bleu clair, le nez long, gros, épaté à son extrémité et creux à sa racine, la bouche moyenne, le menton rond et gros, le visage plein et brun, la tête forte, la poitrine large, les cuisses et jambes grêles en proportion du buste ;

Qu'après avoir examiné tout l'habitus du malade, ils avaient constaté une impression circulaire du col, large d'environ deux doigts. et plus marquée à la partie latérale gauche,

Qu'il y avait strangulation, qu'elle avait été faite à l'aide d'une cravate de soie noire fortement nouée, dans laquelle on avait passé un bâton ayant quarante-cinq centimètres de long et cinq de pourtour, et qu'on avait fait du bâton un tourniquet avec lequel la dite cravate avait été serrée de plus en plus, jusqu'à ce que la dite strangulation fût effectuée ;

Qu'ils avaient ensuite remarqué que le dit bâton se trouvait reposé par un de ses bouts sur la joue gauche, et qu'en le tournant avec un mouvement irrégulier, il avait produit sur la dite joue une égratignure transversale d'environ six centimètres, s'étendant de la pommette à la conque de l'oreille gauche ;

Que la face était ecchymosée, les mâchoires serrées et la langue prise entre les dents ;

Que l'ecchymose s'étendait sur tout l'habitus du corps ;

Que les extrémités étaient froides, les muscles et les doigts fortement contractés ;

Qu'ils estimaient, d'après la position dans laquelle ils avaient trouvé le corps, et les observations qu'ils avaient faites, et dont ils venaient de nous rendre compte, que l'individu dont ils avaient visité le cadavre, et que le concierge leur avait dit être celui de l'ex-général Pichegru, s'était étranglé lui même ;

Et ont signé.....

Le lendemain 7 avril, sur les neuf heures du matin (environ trente heures après la mort présumée), le tribunal par une ordonnance charge les mêmes médecin et chirurgiens de procéder à l'ouverture du corps, en présence des C... juges, et du C... substitut du commissaire du gouvernement, et après avoir rempli les formalités exigées par la loi, les médecin et chirurgiens ont déposé sur le bureau le procès-verbal qui constate leurs opérations et leurs observations, et dont suit la teneur.

Nous soussignés... nous sommes transportés salle du tirage des jurés, dépendante du tribunal spécial de la Seine, pour, en exécution du jugement rendu hier au soir par ledit tribunal, qui nous nomme à cet effet, procéder à l'ouverture du corps de Charles Pichegru, ex-général, qui s'est suicidé, et constater l'état des parties internes ;

Et après avoir fait ladite ouverture, présence des deux juges et du substitut du commerce, commis par jugement de ce jour, pour y assister, et à tous les actes qui devaient en être la suite ;

Avons observé que tous les vaisseaux du cuir chevelu étaient gorgés de sang, la surface de la dure-mère injectée, le sinus longitudinal gorgé, surtout à sa partie inférieure et postérieure ;

Que la dure-mère était légèrement adhérente, et présentait une ossification dans le repli qui ferme la faux du cerveau ;

Qu'il y avait une adhérence entre cette membrane et la superficie du cerveau ;

Que la surface inférieure du cerveau était gorgée de sang ;

Que la partie moyenne et supérieure du cerveau répondait aux adhérences précitées, et présentait une surface muqueuse

parsemée de petites glandes lymphatiques, desquelles découlait une matière blanchâtre ;

Que la surface du cerveau était de couleur ordinaire ;

Qu'il n'y avait rien de particulier dans les ventricules, si ce n'est que le plexus choroïde était d'un rouge plus foncé ;

Qu'il y avait une hydatide à la partie supérieure de la protubérance annulaire ;

Que le cervelet n'offrait rien de particulier ;

Que les intestins présentaient une couleur d'un jaune brun ;

Que l'intérieur de l'estomac était phlogosé, mais sans érosion ;

Que la vessie, les reins et autres viscères étaient dans un état naturel.

Que les deux lobes du poumon étaient gorgés de sang ;

Que le péricarde était sain ;

Que l'œsophage, dans toute sa longueur, était parfaitement sain jusqu'à l'endroit du col où la strangulation s'est effectuée ; pourquoi nous continuons de penser que Charles Pichegru, ex-général, s'est suicidé par les moyens que nous avons indiqués hier, dans notre premier rapport. »

Fait au palais de justice, en la salle ci-dessus indiquée, où nous avons opéré ; à Paris, le 7 avril 1804 ; et signé.....

OBSERVATIONS

En lisant le précis de cette affaire, on est d'abord frappé de voir que : 1° d'après la seule inspection ou sans examen, sans visite préalable et uniquement d'après ce qu'on lui dit, le commissaire de police prononce aussitôt, et sans hésiter, que ledit Charles Pichegru s'était suicidé la nuit dernière ; 2° que ce fait est annoncé dans les mêmes termes au tribunal criminel ; il semblerait donc que dès l'instant même l'opinion fût formée ; et en lisant le premier rapport, qui consiste uniquement dans la description de la visite extérieure du corps, il semblerait que les experts ont tout bonnement suivi la direction qu'on leur imprimait, et adopté la prévention qu'on leur inspirait. Mais, sans nous arrêter

davantage sur ce point, examinons les deux rapports des experts, ils pourraient fournir matière à de longues discussions ; nous nous bornerons à quelques remarques propres à faire sentir aux jeunes médecins les attentions qu'ils doivent apporter dans les visites juridiques et dans la rédaction de leurs observations.

Dans le premier rapport, fait le 6 avril, les experts donnent : 1° un signalement très détaillé de la forme apparente du sujet, ce qui était ici fort inutile et étranger à leurs fonctions ; mais ils négligent entièrement l'objet vraiment médical, ils ne parlent ni de l'état des yeux ou des paupières, ni de la position ou attitude dans laquelle ils ont trouvé le corps ; ils se bornent à dire qu'il était sur son lit, sans indiquer s'il était nu, recouvert, habillé, et quelle était la disposition des choses environnantes.

2° Ils disent ensuite avoir remarqué une impression circulaire autour du col, et, dans un article subséquent, ils font mention d'une cravate de soie noire fortement liée, dans laquelle on avait passé un bâton ; mais avant de parler de cette impression circulaire sur le col, l'ordre exigeait certainement que l'on eût d'abord fait une description exacte de la manière dont cette cravate était disposée et nouée autour du col ; il était aussi nécessaire de déterminer si cette impression circulaire se trouvait à la partie supérieure, moyenne ou inférieure du col ; et quel était son enfoncement et surtout sa couleur ; ils disent bien que cette impression, observée sur le col, était plus marquée à la partie latérale gauche, mais cette apparence, qui a frappé les experts, dépendait-elle du changement de la couleur ou des plicatures de la peau ? car, notez-le bien, une ligature serrée et conservée pendant quelques heures autour d'une partie d'un cadavre, y forme une dépression plus ou moins profonde, mais n'en altère point la couleur.

3° Après avoir remarqué que la face était ecchymosée, ils ajoutent que l'ecchymose s'étendait sur tout l'habitus du corps ; mais il y a certainement ici au moins erreur dans l'acception du mot ; sans doute, les experts ont voulu dire que la peau avait une teinte livide, violacée, brunâtre, ce que l'on observe souvent dans la strangulation et plusieurs

autres cas ; mais cette lividité, quelquefois diffuse sur toute la peau, d'autres fois bornée à quelques parties, dépend uniquement de la stase du sang dans les réseaux capillaires et ne doit point être confondue avec l'ecchymose, qui, comme on le sait, consiste dans une extravasation ou infiltration de sang dans le tissu lamineux ou aréolaire d'une partie.

4° Les experts disent encore que les extrémités (c'est-à-dire les membres) étaient froides, les muscles et les doigts de la main fortement contractés ; mais comme la mort, à l'époque de la visite du corps, datait au plus de douze heures, ce que n'ont point dit les experts, le tronc conservait sans doute encore un certain degré de température, le sang une partie de sa fluidité ; sans doute aussi, les muscles disposés sur le col, sur le tronc, n'avaient point encore acquis cette roideur qui survient après un entier refroidissement du corps ; et ces circonstances ne devraient pas échapper à l'attention des experts, car dans cet état, et surtout lorsqu'on transporte un cadavre encore chaud, lorsqu'on en change la position, le sang se porte, par son poids, aux parties les plus déclives, les moins résistantes ; il s'y arrête, en distend, remplit les vaisseaux et y forme une sorte d'engorgement plus ou moins considérable ; ainsi, comme l'ont démontré différentes recherches anatomiques, si l'on place un cadavre encore chaud sur une table inclinée de manière que la tête soit pendante ou plus basse que le thorax, tous les vaisseaux de la tête seront, après quelques heures, plus ou moins gorgés de sang, souvent même on y trouvera de ces concrétions tenaces, blanchâtres, ramifiées, que l'on désigne communément sous le nom de polypes.

Maintenant, si l'on passe à l'examen du second rapport, on aperçoit, dans l'exposition des circonstances observées lors de la visite, d'un côté, des superfluités ou détails inutiles à l'objet, de l'autre, des omissions, des erreurs, ou au moins de l'ambiguïté :

1° Quoique ce rapport fût une suite du premier, il eût été convenable d'indiquer, en peu de mots, quel était, à l'époque de cette seconde visite, l'état du cadavre ; il eût été convenable d'indiquer comment on avait procédé à l'ouverture des cavités splanchniques, si, après avoir scié le crâne, selon les règles de l'art, on en avait enlevé la calotte sans effort.

2° Après avoir observé que tous les vaisseaux du cuir chevelu étaient gorgés de sang, les experts ajoutent que la dure-mère était légèrement adhérente..., qu'il y avait une adhérence entre cette membrane et la superficie du cerveau..., que la partie moyenne et supérieure du cerveau répondait aux adhérences précitées et présentait une surface muqueuse, parsemée de petites glandes lymphatiques, desquelles découlait une matière blanchâtre. Tout cela ne nous paraît ni fort clair ni fort exact ; en effet : 1° la méninge ou dure-mère, comme on l'appelle, est toujours adhérente à la face interne des os du crâne, et surtout à la suture médiane ou sagittale ; 2° la partie moyenne et supérieure du cerveau, et surtout dans le voisinage du sinus médian ou longitudinal, a, par le moyen de la lame externe de la ménigine (arachnoïde), une connexion intime ou adhérence avec la dure-mère, et dans cet endroit la lame externe de la ménigine a une couleur blanchâtre, et toujours dans l'adulte on y trouve de petits grains mollasses, arrondis, blanchâtres, agglomérés, que les experts regardent comme de petites glandes lymphatiques ; mais cette disposition est constante, naturelle ; les experts l'auraient-ils donc considérée comme un état contre nature ? Tous ces détails, d'ailleurs, pourraient-ils être de quelque utilité pour l'objet principal de la visite ? Qu'importe aussi qu'il y eût une graisse considérable dans tout le bas-ventre (l'abdomen) ; cette disposition n'est-elle pas fréquente, propre à quelques individus, surtout à ceux qui ont l'habitude de monter à cheval ?

3° Dans un autre article, les experts disent que l'intérieur de l'estomac était phlogosé, mais sans érosion. Une telle assertion, faite d'une manière si positive par cinq chirurgiens et un médecin, frappe aussitôt l'attention de tout homme instruit qui examine et sait réfléchir ; car la phlogose de l'estomac, si légère qu'on veuille la supposer, est une affection grave, douloureuse, qui produit de grands changements dans la physionomie, dans l'état des fonctions, et comme cette affection peut être déterminée par un poison, des experts qui, dans la visite d'un cadavre, trouvent l'intérieur de l'estomac phlogosé, doivent examiner avec le plus grand soin l'état de ce viscère, la nature, la quantité des

substances qu'il contient ; ils doivent, autant que possible, prendre des informations exactes sur le régime habituel du sujet, sur les circonstances qui ont précédé sa mort ; enfin, pour éviter toute illusion, il faut, après avoir recueilli et mis à part toutes les substances contenues dans l'estomac, plonger ce viscère dans l'eau, le laver légèrement, examiner avec attention si les vaisseaux sanguins qui rampent dans son tissu, si les réseaux capillaires disséminés dans sa membrane interne sont engorgés ; car, notez-le bien, l'intérieur de l'estomac peut présenter une teinte rouge plus ou moins foncée, sans cependant être phlogosé. L'usage d'un infusum de coquelicot, comme l'a démontré Varnier, donne à l'œsophage et à l'estomac une couleur rouge violette très remarquable ; le decoctum de garance, le bois de campêche ou son extrait, que l'on emploie quelquefois comme médicament, quelques espèces de vins, diverses substances alimentaires, d'ailleurs très salubres, ne peuvent-elles point donner à l'estomac et à l'intestin une teinte rouge plus ou moins foncée ? la présence des aliments dans l'estomac, l'usage des liqueurs alcooliques après le repas activent la circulation dans l'organe et suffisent encore pour y déterminer une certaine rougeur. Aussi, comme le remarque expressément M. Pinel, « l'ouverture cadavérique a souvent présenté des traces semblables (quant à la couleur) à celles que cause l'inflammation de l'estomac ; sans que les symptômes qui caractérisent la gastrite se soient manifestés. » Les experts qui avancent si positivement que l'intérieur de l'estomac était phlogosé, ont-ils fait toutes ces considérations ? Il ne le paraît pas, du moins ils n'en parlent point dans leur rapport, ils ne disent ni comment ils ont connu cette phlogose de l'estomac, ni quelle en était l'étendue, l'intensité, et une assertion entièrement dénuée de preuves peut-elle mériter quelque confiance ?

4° On dit ensuite que les deux lobes du poumon étaient gorgés de sang nous aimons penser qu'il y a ici une faute de l'écrivain, car tout le monde sait qu'il y a deux poumons qui sont chacun divisés en deux lobes ; mais, quoique les poumons fussent gorgés de sang, ils ne l'étaient certainement point également dans toute leur étendue, et cette con-

sidération ne devait point échapper, parce qu'elle pouvait faire connaître quelle était la situation du corps lors de la mort.

5° Enfin, dans un dernier article, les experts rapportent que l'œsophage, dans toute sa longueur, était parfaitement sain, jusqu'à l'endroit du col où la strangulation s'est effectuée. Ce point, qui, dans le cas actuel, était le plus important, exigeait des détails très circonstanciés, et cependant les experts se bornent à dire que l'œsophage était parfaitement sain jusqu'à l'endroit du col où la strangulation s'est effectuée, et ils laissent ignorer quel était dans cet endroit le mode d'altération de l'œsophage, quelle en était l'étendue, et comment ils l'ont reconnue. Remarquons, à ce sujet : 1° que l'œsophage ne commence qu'à la partie inférieure du larynx, un peu au-dessous de la partie moyenne du col, 2° qu'il est appuyé sur le corps des vertèbres du col, qu'il est recouvert par diverses parties molles ; ainsi, en admettant l'assertion des experts, il ne pouvait y avoir contusion, ecchymoses, altération à l'œsophage, sans que les parties molles qui le recouvrent en présentassent au moins quelques vestiges. Ainsi, la ligature que l'on dit avoir servi à la strangulation devait être placée au-dessous du larynx ; mais ces objets importants sont complètement négligés ou oubliés dans le rapport ; auraient-ils donc échappé à l'attention des six experts ?

Quoi qu'il en soit, d'après l'énoncé des différentes observations faites dans leurs visites, les six experts n'hésitent point à conclure, dans leur premier rapport, que l'individu dont ils avaient visité le cadavre s'était étranglé lui-même, et ils répètent, dans leur second rapport, que ledit individu s'est suicidé à l'aide des moyens indiqués dans le rapport d'hier.

Ici se présentent naturellement deux questions différentes qui ne devaient point être confondues par les experts, parce qu'elles ne sont point également de leur compétence :

1° L'individu dont il s'agit a-t-il été étranglé ? La solution de cette question appartenait entièrement aux experts, eux seuls pouvaient et devaient démontrer, d'après les phénomènes qui ont été reconnus dans la visite, que la strangula-

tion était la seule et véritable cause de la mort ; mais, comme on peut le voir par les remarques que nous avons faites, le compte que les experts rendent de leurs observations est inexact, incomplet ; erroné dans quelques points, obscur dans d'autres, et s'il n'existait pas dans l'ensemble des circonstances d'autres motifs particuliers, on pourrait, et avec raison, contester qu'il y ait eu strangulation, parce qu'on ne trouve point dans le rapport l'indication de tous les signes caractéristiques de ce genre de mort.

2° L'individu s'est-il étranglé lui-même ? Cette question est, dans le cas actuel, très importante, et sa solution très délicate, parce qu'elle exige la considération de plusieurs circonstances dont quelques-unes n'entrent point dans les attributions du médecin. Qu'un individu s'étrangle en passant la tête dans l'anse d'un cordeau fixé à un mur, à une branche d'arbre, etc., ce cas est trop connu pour qu'il puisse exister aucun doute, et le médecin qui fait la visite du corps peut, d'après la disposition du laçs, l'impression qu'il a faite sur le col, l'absence de toute violence étrangère, démontrer et prononcer d'une manière positive qu'il y a suicide. Mais le cas dont il s'agit est moins ordinaire et plus embarrassant ; on trouve sur un lit le corps d'un homme qui a autour du col une cravate fortement nouée, et dans laquelle on avait passé un bâton, et dont on avait fait une sorte de garrot ou de tourniquet, avec lequel la cravate avait été serrée de plus en plus, jusqu'à ce que ladite strangulation fût effectuée ; mais, qui avait passé ce bâton dans la cravate ? qui avait fait de ce bâton un tourniquet pour serrer la cravate ? Quels motifs ont pu déterminer les experts à affirmer que l'individu s'est suicidé ? Sans doute il est possible que, par le procédé que l'on indique, un homme qui en a la ferme volonté s'étrangle lui-même. Nous remarquerons cependant que, dans ce cas, l'impression faite par la cravate doit être très peu marquée sur les muscles du col et encore moins sur l'œsophage ; car l'arrêt de la circulation dans les veines du col amène sur-le-champ la perte de connaissance et par conséquent ôte la force de serrer le tourniquet ; mais aussi il est possible que le crime ait été commis par un autre, et comme, dans ces deux cas, les effets sont presque

absolument les mêmes, les experts peuvent bien assurer que dans l'un et l'autre la mort a été produite par strangulation, parce qu'ils en trouvent les preuves certaines dans le cadavre ; mais ils ne doivent point prononcer qu'il y a suicide, parce que l'examen seul du cadavre ne peut leur en fournir la certitude ; ils peuvent tout au plus ajouter dans leur rapport que, d'après les circonstances particulières qui leur ont été communiquées ou qu'ils ont recueillies, il leur paraît très probable que l'individu s'est lui-même procuré la mort. C'est au magistrat à faire, dans ce cas, les informations nécessaires pour acquérir la preuve qu'aucune personne étrangère n'a pu coopérer à la mort du sujet que l'on examine.

En faisant ces remarques, nous n'avons eu d'autre intention que de rappeler aux experts les règles qu'ils doivent observer dans les visites juridiques, les limites qu'ils ne doivent point dépasser dans leurs conclusions.

Strangulation opérée avec la main
rapportée dans Tardieu (*de la pendaison et de la strangulation*)

Le 17 décembre 1845, à Neuilly, dans un local où la veille on avait trouvé le cadavre d'un individu nommé Rollet, on découvre, enterré dans la cave, le corps d'une femme que l'on reconnaît pour celui de la fille C..., qui est venue passer la nuit trois jours auparavant avec l'auteur de ce double crime. Le cadavre a été enterré très peu profondément, recouvert d'une simple chemise et dans un coin de la cave. Je fus appelé à pratiquer l'autopsie avec le concours de M. le docteur Soyer.

Le corps, bien conservé, est couvert de terre et de poussière ; l'état du ventre et des mamelles indique une grossesse assez ancienne. Il n'y a ni plaie ni contusion à la tête ; la face est pâle, la langue fixée derrière l'arcade dentaire, qu'elle ne déprime pas.

À la partie antérieure du col, au niveau du larynx, la peau, brunie et parcheminée dans l'espace d'un doigt, présente de chaque côté, et surtout à gauche, des marques

d'ongles correspondant à une main droite serrant le col. Plus en arrière, une ecchymose remonte vers l'angle de la mâchoire. Le tissu cellulaire et les muscles sterno-mastoïdien et sous-hyoidien sont profondément infiltrés de sang. Quelques ecchymoses récentes et peu considérables existent en outre sur l'épaule droite, en haut de la cuisse droite et sur la jambe du même côté. Au genou gauche, on voit une plaie postérieure à la mort. Le cœur, de volume normal, renferme un peu de sang liquide, dans le ventricule droit surtout. Le larynx, intact à l'extérieur, sans lésion des cartilages ni de l'os hyoïde, contient, ainsi que la trachée et les dernières divisions bronchiques, dont la muqueuse est uniformément rosée, une grande quantité d'écume blanchâtre. Les poumons, très volumineux, ne s'affaissent pas. Ils sont très fortement injectés et infiltrés de sang.

L'estomac est vide de tout aliment. Les organes génitaux sont le siège de trois chancres parfaitement caractérisés et de végétations considérables à l'entrée de la vulve. On trouve du pus dans le vagin. Les lèvres du museau de tanche sont tuméfiées et granulées. La matrice ne contient pas de produit de conception.

La mort de la femme C... est le résultat de la strangulation opérée par la pression des doigts sur le larynx. La mort est survenue plusieurs heures après le dernier repas. La femme C... était atteinte, au moment de la mort, d'une affection syphilitique peu ancienne et parfaitement caractérisée.

Affaire Douls. — Suicide par strangulation pris pour un assassinat. — L'accusé n'est pas poursuivi. — (Observation résumée), rapportée dans Tardieu.

Le 25 juin 1861, l'accusé Douls arriva à Albi avec une vieille femme qu'il disait être sa domestique. Il logea quelques jours à l'hôtel, puis loua pour trois ans une maison isolée. Le 9 juillet il s'y installa avec la vieille femme ; ses voisins n'eurent pas le temps de lier des relations avec elle et reconnurent seulement une surdité extrême.

Deux jours après, le 11 juillet, vers six heures du soir, Douls sortait de sa maison où on l'avait vu rentrer près d'une demi-heure auparavant ; il paraissait troublé, appelait des secours et annonçait que la vieille dame était morte.

Plusieurs personnes accoururent, montèrent au premier étage et pénétrèrent dans une chambre où gisait, sur un lit, le corps d'une femme qui paraissait sans vie. Le cadavre était couché sur le dos et recouvert d'un drap jusqu'à la poitrine ; les bras nus longeaient le corps et se trouvaient à découvert ; quelques gouttes de sang avaient coulé du nez sur la lèvre supérieure ; enfin, on remarquait autour du cou une torsade de coton terminée par des glands. Douls, qui était entré dans la chambre avec les voisins, se préparait à desserrer le cordon ; il s'arrêta sur l'observation de la veuve Pélissier que ce soin était inutile, et qu'il convenait d'attendre l'arrivée des magistrats qu'on avait avertis.

Le docteur Guy arriva avant eux, il déclara qu'il n'y avait aucun espoir de rappeler à la vie la femme qu'il venait d'examiner ; il ne sentit aucune pulsation, la main droite était froide, la gauche conservait seule un reste de chaleur. M. Guy passa ensuite sa main entre la torsade et le cou et remarqua avec surprise que la constriction n'était pas assez forte pour empêcher la circulation du sang et produire l'asphyxie.

Bientôt les magistrats arrivèrent, accompagnés d'un second médecin, le docteur Caussé. Ils furent frappés, comme les personnes accourues les premières, de l'aspect que présentait le cadavre : la face était pâle, les yeux fermés ; les pupilles n'étaient ni contractées ni dilatées ; autour de la bouche entr'ouverte, on remarquait une teinte violacée avec un pointillé rouge à gauche et une dépression très sensible. La position du corps dans le lit, celle des bras frappèrent tout le monde par l'aspect naturel qu'elles présentaient ; rien n'annonçait une mort violente, et la femme, couchée sans vie, paraissait d'abord endormie.

Le cadavre était revêtu d'une chemise propre, un mouchoir blanc couvrait les épaules et était maintenu en avant par une épingle ; les pantoufles étaient sous le lit, la robe et une coiffe de velours étaient suspendues à l'espagnolette. Sur

le parquet, à côté d'une malle ouverte, étaient des cordes qui paraissaient avoir servi à fermer des caisses.

En présence de cette mort, dont le caractère et la cause n'étaient pas encore connus, Douls fut inculpé du meurtre de la femme qu'il dit s'appeler veuve Bodelet, et les soupçons furent bientôt confirmés par le résultat de l'examen des hommes de l'art.

Le procès-verbal de constatation décrit ainsi la position du corps circulaire d'une femme de 70 ans, gisant sur son lit : Les deux bras le long du corps, les jambes étendues ; le drap recouvrant jusqu'à la poitrine, la couverture roulée sur le milieu du lit à côté du mur, les deux mains et une partie des bras recouvertes par le drap.

Autour du cou une torsade de coton blanc servant d'embrasse de rideaux, liée au moyen d'une coulisse. Cadavre encore rigide ; les yeux fermés ; traces de sang, provenant d'un saignement de nez, sur les narines et sur les lèvres.

Le corps aurait été trouvé à six heures du soir, déjà froid, les bras rapprochés du corps et un peu ployés. Il semble à l'expert que le bras droit était à découvert et le bras gauche sous le drap.

Le corps est revêtu d'une chemise et d'un corsage. Aucune souillure ne se remarque sur les linges. Sous le jarret droit il existe une plaie et quelques excoriations.

*Rapport des docteurs Caussé et Guy du 20 septembre 1861.
Examen et autopsie du cadavre de la femme Boucher.*

M. Guy avait été appelé au premier moment pour donner des soins à la femme Boucher. Il constata que le bras droit était froid, passa le doigt entre le cou et le lien qui l'entourait et le trouva peu serré.

Peau pâle, yeux fermés, pas d'ecchymoses sous les conjonctives ; pupilles normales ; pas de dépression ni décroissance du nez ; quelques gouttes de sang écoulé par la narine gauche ; bouche entr'ouverte, langue non sortie ; pas d'écume. Autour de la bouche, légère teinte violacée avec

un pointillé rouge à gauche et une dépression très remarquable.

Les experts insistent sur la position du corps dans le lit, qui semble très naturelle, et n'indique nullement une mort violente.

La torsade en coton, de la grosseur du petit doigt, entoure le cou de la manière suivante : La tête une fois passée dans l'anse, celle-ci a été réduite et serrée, soit au moyen du coulant qui se tourne en avant, soit en tirant sur le chef droit qui a été ensuite passé à droite et à gauche derrière le cou et ramené à la partie antérieure, où il a été noué par un nœud simple et peu serré avec l'autre chef qui passe double dans le coulant. Ces deux chefs de lien sont terminés par des glands. Ce cordon ne nous a pas paru étreindre fortement le cou. La peau ne présente aucun pli ou froncement et porte seulement l'empreinte rougie des différents fils formant la torsade, qui, cependant, est passée deux fois autour du cou.

Le bras droit est froid et le reste du corps n'est pas très chaud. Flaccidité des membres.

A la partie externe et supérieure du bras droit, une tache de couleur sombre de la largeur d'une pièce de 1 franc.

Dans le point exactement correspondant du bras gauche, on trouve une semblable tache plus irrégulière et un peu plus grande. En dehors du jarret droit, excoriation sèche avec desquamation de l'épiderme ; autour, sur un fond rouge, affection évidemment dartreuse ; pas d'injection des tissus sous-jacents au niveau des tâches brunâtres des bras. Toutes les constatations qui précèdent ont été faites, sur les lieux, le jour même de la découverte du crime. L'autopsie a été faite le lendemain.

Les doigts sont fléchis, comme crispés. Leurs extrémités, surtout à gauche, ont une teinte violacée sur laquelle nous nous expliquerons plus tard.

Le lien qui entourait le cou a été enlevé. Au lieu de l'empreinte formée par l'impression de la torsade sur les tissus, on constate une bande unie de couleur violacée, large de 10 millimètres et continue d'un côté à l'autre du cou, très apparente à droite, un peu moins en avant et à gauche. Cette

trace disparaît complètement en arrière et à droite. Elle passe au-dessous du cartilage thyroïde et se dirige obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. La peau du cou et les tissus sont jaunes; d'ailleurs, ni ecchymoses ni égratignures quelconques; un peu de rougeur et quelques mucosités sanguinolentes, pas d'écume dans le larynx.

Rien de particulier dans l'intérieur de la bouche, ni dans le pharynx.

Sous le cuir chevelu, nombreuses taches ecchymotiques données comme des preuves de la mort par suffocation.

Os du crâne et encéphale à l'état normal.

Poumons volumineux, quelques adhérences à droite laissant écouler un liquide spumeux et sanguinolent abondant. Pas d'ecchymoses sous-pleurales.

Cœur contenant un peu de sang fluide, pas d'ecchymoses sous-péricardiques. Foie de couleur verdâtre, écoulement de sang visqueux et noir.

Estomac sain, contenant une bouillie liquide de couleur grisâtre. Intestins présentant une injection des vaisseaux capillaires, d'où couleur sombre rouge avec arborisations veineuses noires.

CONCLUSIONS. — 1° La femme Boucher est morte asphyxiée;

2° Il existe de graves présomptions qu'elles sont dues à des violences exercées sur la bouche au moyen d'une main ou d'un tampon, et sur le cou à l'aide d'un lien;

3° Le lien aurait dû laisser une légère interruption en avant et à l'endroit du coulant où les deux chefs ne peuvent se rapprocher assez pour comprimer la peau; que sur ce point, au contraire, l'empreinte est suivie et continue, tandis qu'en arrière et à droite il n'en existe aucune trace. dans une étendue de plusieurs centimètres, que dès lors on peut se demander si la position de la torsade n'a pas été changée;

4° Les nombreuses taches ecchymotiques observées sous le cuir chevelu, la coloration violacée signalée autour des lèvres, la dépression de la joue sont autant d'indices de la mort par suffocation et semblent donner un démenti au fait du suicide;

5° La couleur rouge sombre de toute la masse intestinale et la couleur violacée de l'extrémité des doigts, résultant de congestions passives qui se forment après la mort donnent lieu de penser que la veuve Bodelet n'est pas morte sur le lit et qu'elle n'y a été portée qu'après être restée quelque temps dans une position qui permit aux liquides de congestionner ainsi passivement les viscères et les extrémités du corps ;

6° En tenant compte de tous ces faits, qui ont entre eux une certaine connexité et se corroborent mutuellement, nous pensons devoir repousser le suicide de la femme Adèle Boucher, veuve Bodelet.

La contre-expertise est faite par le D^r Rigalet et le D^r Estevenet, qui, tous deux, admettent l'hypothèse du suicide. Une consultation de Tardieu vient définitivement imposer cette idée :

« Appelé devant la cour d'assises du Tarn, dit ce dernier auteur, j'ai soutenu cette opinion qu'il n'existait aucune preuve de l'homicide. L'étude approfondie que j'avais faite de tous les éléments de la cause m'avait donné la conviction que la dame Bodelet n'avait point péri par une main criminelle, mais qu'elle s'était suicidée. Les débats, religieusement suivis, loin d'affaiblir ma conviction, n'ont fait que la fortifier, et je n'hésitai pas à affirmer le suicide.

« M. le procureur impérial, reconnaissant que mon opinion avait apporté dans le débat un élément nouveau et d'une gravité que l'on ne saurait se dissimuler, termina ainsi son réquisitoire :

« Cette opinion si nette et si catégorique a fait naître des doutes dans mon esprit ; et ce doute doit suffire pour que, dans ma conscience d'honnête homme et de magistrat, je ne persiste pas dans une accusation qui ne me paraît pas complètement et péremptoirement justifiée. »

Strangulation par un lien, coups sur la tête

Le 11 mai 1846, j'ai procédé à l'autopsie du cadavre de la dame veuve Duvignaud.

Le cadavre est celui d'une femme d'une soixantaine d'années, bien conformée, présentant un embonpoint considérable. La rigidité est presque nulle ; la putréfaction à peine commencée.

La face présente une teinte violacée presque générale; la langue proémine entre les arcades dentaires qui la serrent. Les yeux offrent de chaque côté une tache de sang formée par une ecchymose sous-conjonctivale assez étendue, une certaine quantité de sang est également infiltrée dans le tissu cellulaire de la paupière inférieure, surtout du côté droit. Au-dessus de l'oreille, et dans la région temporale du même côté, on trouve une large et profonde ecchymose, et un épanchement de sang coagulé dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané. Il n'y a d'ailleurs aucune plaie du cuir chevelu, aucun enfoncement des os.

Au col, la peau est d'une couleur rouge vif assez uniforme, sur laquelle tranche une double ligne circulaire, large d'un doigt environ, qui remonte jusque vers la mâchoire, et est marquée par une pâleur complète de la peau, sans que le tissu soit altéré dans sa consistance ou dans sa texture. Le tissu cellulaire et les muscles sous-jacents ne sont le siège d'aucune lésion et ne présentent ni ecchymose, ni infiltration sanguine. Au-dessus de la clavicule du côté droit, à la partie antérieure de la poitrine, on trouve plusieurs ecchymoses peu étendues et peu profondes, disséminées dans le tissu graisseux et disposées d'une manière irrégulière au-dessous et aux environs du larynx. Quelques traces de contusions légères se remarquent encore sur le bras droit et sur les jambes. Il n'existe d'ailleurs aucune plaie, aucune blessure en d'autres points du corps.

Le larynx n'est nullement altéré dans sa forme extérieure. Les cartilages et l'os hyoïde sont intacts. La face interne est le siège d'une douleur vive, due à l'injection et à l'infiltration du sang dans le tissu sous-muqueux. La membrane interne de la trachée et des bronches est tapissée par une couche de mucosités sanguinolentes assez épaisses et non spumeuses. Les poumons sont très volumineux et remplissent presque toute la cavité de la poitrine. Ils sont le siège d'une congestion très forte et présentent une coloration noirâtre très prononcée; à la partie postérieure surtout, l'engouement est considérable. Les vaisseaux de la région cervicale et de la poitrine sont gorgés d'un sang noir. Le cœur, fortement revenu sur lui-même, ne contient qu'une médiocre quantité de sang noir liquide, sans aucun caillot.

Les os du crâne, même dans le point correspondant à l'ecchymose du cuir chevelu, sont partout intacts. Il n'existe pas de sang épanché dans l'intérieur de la cavité crânienne, non plus que dans la substance du cerveau. Celle-ci est d'une bonne consistance et parfaitement saine dans toutes ses parties. Dans la cavité orbitaire, à droite et à gauche, on rencontre également une infiltration de sang dans le tissu graisseux qui enveloppe les yeux. Il n'y a d'ailleurs pas de fracture de l'orbite.

Les organes abdominaux sont parfaitement sains. L'estomac est distendu par une masse considérable de matières alimentaires composées presque exclusivement de salade et de chicorée, ou d'épinards, dont la digestion n'est pas même commencée.

De l'examen qui précède, nous concluons que : 1° la mort de la dame D... est le résultat de la strangulation opérée au moyen d'un lien serré autour du col ; 2° les traces de contusions qui existent sur diverses parties du corps indiquent qu'avant la mort des violences ont été exercées sur la dame D... ; 3° l'épanchement de sang assez considérable que nous avons constaté dans la région de la tempe gauche peut avoir été produit par la chute du corps sur le sol ; mais il est beaucoup plus probable, en raison surtout de l'ecchymose simultanée de la paupière et de l'orbite des deux côtés, que cette lésion est due à un coup porté violemment sur la tête, et qui a pu étourdir la dame D... sans causer la mort ; 4° la mort a suivi presque immédiatement un repas assez copieux et en grande partie composé de végétaux herbacés.

*Strangulation par une corde. Coups portés sur la tête. —
Tentative d'incendie pour disperser les traces du meurtre.*

Le 12 janvier 1858, la veuve du célèbre peintre Garneray fut trouvée morte dans son lit, où le feu avait été mis, et dont le bois et les plumes avaient brûlé lentement. Elle était très fortement constituée et bien conservée pour son âge.

La première chose qui frappe à la vue du cadavre, c'est l'état des membres inférieurs, du ventre, de la poitrine et de l'extrémité de la main droite, qui ont subi une combustion lente et qui présentent, outre une coloration noire due à la carbonisation de la peau, une véritable coction de la chair musculaire.

Une corde formant nœud coulant entoure le cou sans le serrer. La tête, considérablement augmentée, présente, au niveau de la tempe gauche, un gonflement très étendu, avec fluctuation formée par un épanchement énorme de sang coagulé qui occupe toute la région temporale, la joue, les paupières et l'oreille du même côté. Il n'y a ni plaie ni excoriation à l'intérieur; les os ne sont pas fracturés, mais profondément enfoncés. Du côté opposé, un coup semblable a amené au-dessous de la tempe droite, dans la région maxillaire, un épanchement de sang non moins considérable. La face est violacée et la langue proéminente entre les arcades dentaires. Le cerveau est sain. La corde n'a laissé sur le cou qu'une empreinte très superficielle, marquée seulement à droite par une légère rougeur de la peau et à gauche par plusieurs excoriations linéaires superposées les unes aux autres et dues au frottement de la corde sur le tégument. Les muscles sous-jacents sont le siège d'une infiltration assez étendue de sang coagulé. Au-devant de la poitrine et au-dessus des parties noircies par la fumée, on remarque plusieurs taches ecchymotiques ponctuées résultant de la strangulation, et, de plus, quatre ecchymoses plus larges et plus profondes, situées au-dessous des seins et sous la clavicule, et manifestement dues à une forte pression exercée sur ces parties. Une écume sanguinolente tapisse l'intérieur de la trachée. Les poumons sont congestionnés; le cœur renferme un peu de sang fluide; l'estomac est complètement vide.

De ces différents faits ressortent les conclusions suivantes :
1° La dame G... a été frappée à la tête de deux coups portés violemment avec un instrument contondant à large surface;
2° ces blessures ont dû déterminer une commotion profonde et une perte de connaissance, mais n'ont pas amené la mort; 3° celle-ci est le résultat de la strangulation opérée à

l'aide d'une corde serrée autour du cou par un nœud coulant, pendant qu'une forte pression était exercée sur la poitrine ; 4° le corps ne porte pas de traces de résistance active de la part de la victime ; 5° la mort a eu lieu longtemps après le dernier repas ; 6° la dame G... était déjà privée de vie lorsque son cadavre a subi l'action du feu et un commencement de combustion lente.

Nous voulons décrire ici un cas extrêmement curieux de strangulation accidentelle que nous devons à la bienveillance de M. le docteur Coutagne.

Le 18 décembre 1884, à 8 heures du soir, la voiture publique qui fait le service de Lyon à la Côte-Saint-André rencontrait sur la route d'Heyrieux, à 25 mètres en deçà de la limite du département de l'Isère une tapissière attelée d'un cheval ; son conducteur, assis sur des sacs, était mort dans une position singulière, la tête fortement serrée contre le rebord du côté droit de la voiture ; il y avait du sang sur la roue correspondante. On pensa immédiatement à un crime et le commissaire de police de Villeurbanne commença une enquête dont la partie médico-légale fut confiée au docteur Coutagne.

On apprit que le défunt était un nommé Francis R, chiffonnier en gros, âgé de 22 ans, notoirement connu comme très adonné à la boisson.

Le soir en question, il revenait à Heyrieux (Isère), sa résidence et, vers 6 heures, s'était arrêté dans une auberge située près de l'endroit où on avait retrouvé son cadavre ; après avoir donné à manger à son cheval, il avait bu un verre d'eau-de-vie blanche qui n'était probablement pas le premier de la journée.

Le 19 à 5 heures du soir le docteur Coutagne s'est rendu au hameau de Parilly où la voiture et tout son contenu avaient été remis, le cadavre ayant été remis dans la position de la veille, l'expert se trouva dans les mêmes conditions que ceux qui l'avaient découvert et put constater ce qui suit :

La voiture était chargée d'un sac de sel à l'arrière, et de deux sacs de marrons sur lesquels R.. était assis à moitié étendu, la banquette ayant été retirée ; les guides du cheval étaient attachées à la ridelle, le fouet et un parapluie étaient posés en travers aux pieds du conducteur. Le cadavre était fortement incliné contre la paroi droite de la voiture ; la tête était enveloppée entièrement à l'exception de la partie supérieure de la face par une longue bande de toile grossière de sac, entre-croisée sur la poitrine et dont un des chefs avait été trouvé enroulé autour du moyeu de la roue droite d'une façon tellement solide qu'il aurait fallu faire reculer la voiture pour dégager cette étoffe ainsi que le cadavre qu'elle serrait contre la ridelle ; la tête avait subi un mouvement de torsion par lequel le côté gauche de la face touchait le rebord de la roue. Ce rebord n'est distant de la ridelle que de 5 centimètres en hauteur ; les faces internes de la ridelle et de la roue sont distantes de 18 centimètres ; il y a environ 80 centimètres entre le moyeu et le cou de la victime ; le pourtour de la roue présente au niveau de l'insertion d'un des rayons une tache de sang de 5 centimètres sur 15 millimètres.

Il n'y a aucune trace de lutte ; les vêtements ne sont ni déchirés, ni en désordre ; R.. était ganté à droite d'une mitaine et chaussé du même côté d'une galoche ; mais la seconde mitaine et la seconde galoche se trouvaient à ses

pieds ainsi que son bonnet. La partie inférieure du corps était enveloppée d'un morceau de vieille étoffe de tapis ; on a retrouvé dans une des poches un sachet de toile contenant de l'argent et des papiers.

Ces constatations furent assez précises pour permettre à l'expert d'expliquer, en dehors de toute idée de crime, le mécanisme et la cause de la mort : après sa halte à Parilly, R... avait éprouvé le besoin de dormir ; la température était très basse, il s'était couvert la tête d'une toile à sac décousue, croisée sur la poitrine, puis avait déposé son fouet et accroché les guides ; le bout du sac tourné à droite passant malheureusement en dehors de la voiture s'était accroché et enroulé au moyeu de la roue, avait ramené la tête et le cou de R... contre la ridelle et l'avait étranglé.

Il y a lieu de supposer que ce lien constricteur a servi très vite de serre-frein et que le cheval qui est une bête sans ardeur s'est arrêté immédiatement après la strangulation.

L'autopsie n'a présenté aucune particularité spéciale.

Position du cadavre

Comme pour la pendaison, la position dans le suicide par strangulation est à peu près indifférente ; on a trouvé de ces suicidés, assis, à genoux, etc. Et ces sortes de suicide dans un lit se passent parfois avec un calme absolu sans que rien puisse faire prévoir même aux personnes présentes la scène qui se passe auprès d'elles. Brierre de Boismont en raconte un exemple frappant : « Sur la

demande d'un malade dans un établissement d'aliénés et avec l'autorisation du directeur, les gardiens se retirent de chaque côté du lit mais ne le perdent pas de vue. Deux heures après le directeur revient, il s'approche, appelle le malade, point de réponse ; il enlève les couvertures ; le doute affreux qui a traversé son esprit est éclairci ; le malade est mort sous les yeux des gardiens sans que ceux-ci aient vu faire le plus léger mouvement ; il a déchiré le bas de sa chemise, l'a roulé et l'a serré fortement autour de son cou par un simple nœud. »

Parfois, l'attitude dans laquelle on trouve le cadavre démontre qu'il y a eu tentative d'imitation de suicide par un meurtrier, mais il est très rare que le but soit toujours très bien atteint. L'expert dans la majorité des cas découvrira le trop ou le trop peu qui a été fait dans cette intention. C'est ainsi que dans une tentative de cette nature un meurtrier avait placé près de la main de la victime le bout de la corde qui avait été enroulée autour du cou ; mais il l'avait placée près de la main gauche de l'étranglé, que l'instruction a démontré être manifestement droitier. Dans un autre cas rapporté par Taylor c'est une ancienne garde-malade qui donne à sa victime l'attitude qu'elle avait l'habitude de donner aux cadavres des malades morts dans l'hôpital où elle avait été employée.

En résumé, la position dans la strangulation suicide est indifférente et on ne peut guère tirer de signe probable de cette position que lorsque le meurtrier a manifestement simulé ce qu'il croyait être une attitude vraiment suicide.

Du lien, du nœud, du mode de strangulation

Si la strangulation par la main exclut sans aucun doute la pensée du suicide, si elle est le mode le plus souvent rencontré de strangulation homicide, il n'en est pas de même de la strangulation par un lien qui, au contraire, a été le sujet de litiges. Les signes qu'apporte ce lien dans la distinction de l'homicide et du suicide ne sont pas des signes certains, ce ne sont que des signes de présomption.

On recherchera d'abord si le lien appartenant à la victime, et à ce sujet nous avons récemment assisté à l'autopsie d'un jeune homme étranglé de 13 ans, faite par le professeur Lacassagne. Il y avait deux liens, dont l'un appartenait au meurtrier et l'autre à la victime, ce n'était que sa propre cravate. Voici le passage du rapport où sont décrits ces deux liens. « M... se serait assis et N... se serait placé derrière lui. Il lui aurait appliqué autour du cou, tenant les deux chefs à la main, une sorte de tissu jaunâtre qu'il aurait fortement tiré puis noué; ensuite il aurait dénoué le mouchoir que M... portait au cou et l'aurait serré plus fort. »

La façon dont le lien est noué ou simplement passé autour du cou, peut devenir un puissant indice. C'est ainsi qu'une corde s'enroulant autour du cou plusieurs fois, sans être nouée et dont les deux bouts peuvent être tirés de chaque côté par les mains est de nature suicide. Il en est de même des tours nombreux se terminant par un ou plusieurs nœuds très serrés et aussi de l'emploi d'une sorte de garrot. (Cas de

Pichegru et cas rapporté par Ollivier d'Angers). Tardieu raconte le cas d'un détenu de Mazas qui s'était servi du manche de sa cuiller pour tendre et fixer le lien et cet auteur ajoute que c'est avec raison que Durand-Fardel avance que ce procédé exclut presque absolument tout soupçon d'homicide.

Dans le cas d'homicide, le lien en général ne fait qu'un tour et se trouve noué fortement, plutôt latéralement et en arrière.

Pour Tardieu, on trouve le lien moins serré et plus lâche sur le cadavre des individus assassinés, cependant dans le cas récent que nous avons vu à Lyon et dont nous venons de parler les deux liens étaient extrêmement serrés. « Le lien inférieur, dit le rapport, est une sorte de petite cravate et constitué par un double nœud qui a été très serré et ce qui montre bien que ce lien était à la victime c'est que le lien supérieur le recouvre. On a beaucoup de peine à le détacher. On a trop de difficulté à dénouer le lien supérieur et on le coupe en arrière. » Donc, rien de bien précis à retirer de ce fait et nous pensons plutôt qu'un lien serré est le fait de l'assassinat.

Des lésions superficielles et profondes du cou.

L'examen du sillon ne peut guère permettre d'établir qu'une très légère présomption en faveur de l'homicide ou du suicide. Dans le cas d'homicide, on trouvera plutôt par suite d'une violence exagérée, des ecchymoses, des déchirures et des excoriations de la peau, mais ce n'est pas là un fait positif et constant, puisque dans l'autopsie

qu'a faite devant nous le professeur Lacassagne, ce sillon était très superficiel et sans lésion d'aucune sorte.

Et malgré le caractère superficiel du sillon, il fut trouvé sur la carotide droite une lésion d'Amussat très nette. Cette lésion a évidemment un caractère plutôt homicide. Il en est de même des fractures de l'os hyoïde, du cartilage thyroïde, du larynx et de la trachée, qui dans une certaine mesure peuvent être considérées comme indiquant un degré de violence incompatible avec un suicide.

Des traces de violences.

Il nous reste enfin à dire quelques mots des lésions que l'on peut trouver en même temps sur le cadavre. Et ces lésions comme dans l'égorgement et la pendaison peuvent décider définitivement s'il y a eu homicide ou suicide. On trouve tout dans ces lésions accessoires, des impressions de doigts, des égratignures au cou, des contusions sur la tête, des blessures sur d'autres régions ou même seulement des empreintes. Mais l'attention de l'expert devra toujours être dirigée sur la possibilité de la concomitance de certaines lésions et du suicide, c'est ainsi que Liman a vu une fois dans un cas de strangulation suicide, une contusion de grande dimension à la partie antérieure gauche de la tête, provenant d'une chute produite par une tentative de pendaison avant la strangulation.

Parfois les violences exercées ont elles-mêmes déterminé la mort ou le sujet a été victime d'un empoisonnement préalable, et alors on ne trouve plus les caractères

de la mort par strangulation, c'est-à-dire : le piqueté scarlatin des conjonctives et des muqueuses, les taches de Tardieu, l'état asphyxique des poumons. Et l'autopsie doit révéler la cause véritable de la mort, qui n'appartient pas à la strangulation ; ce qui prouve que cette dernière a été faite dans un but d'imposture.

Les déchirures et les désordres des vêtements, les meubles renversés ou fouillés seront d'éloquents témoins muets qui mettront définitivement sur la voie de la vérité.

TABLEAU RÉSUMÉ

Strangulation homicide	Strangulation suicide
Le milieu	
Désordonné (?).	Ordonné (?).
La victime	
Décubitus dorsal.	Position quelconque.
Vêtements déchirés, déplacés.	Etat normal des vêtements.
Traces de coups et de violences.	Point de traces de lutte ou présence de coups ayant pu être faits par le suicidé lui-même.
Lien plutôt unique, avec un seul tour et nœud fort et serré.	Lien quelconque, s'enroulant souvent plusieurs fois autour du cou, parfois pas de nœud.
Sillon le plus souvent accentué, ecchymotique avec déchirures de la peau.	Le garrot est un indice de valeur.
Lésions profondes plus accentuées.	Sillon plutôt superficiel.
La mort peut être le résultat d'un autre mode de meurtre.	Lésions profondes moins accentuées.
	La mort est bien produite par la strangulation (piqueté scarlatin, taches de Tardieu etc., etc.).

L'inculpé présente dans ce cas les mêmes caractères différentiels que dans les autres cas que nous avons étudiés.

CONCLUSIONS

Il ressort de tout ce travail, aussi bien des considérations générales qui y sont faites que des observations qui y sont relatées, l'évidence de la difficulté de la distinction à établir entre l'homicide et le suicide pour les lésions du cou. Puisse cette difficulté être un peu aplanie par les éléments de diagnostic différentiel que nous avons rassemblés et que nous voulons brièvement résumer ici :

1° Nous proposons dans l'expertise d'un cas litigieux un plan qui passera successivement en revue *le milieu* dans toutes ses modifications, *la victime* avec son examen méthodique et minutieux, et enfin *l'inculpé* avec tous les indices dont il peut être porteur.

2° La simulation sera dévoilée par la nature des blessures, leur nombre, leur direction et leur siège; par la nature de l'instrument; par l'état des vêtements et par les empreintes relevées.

3° On distinguera l'égorgement homicide de l'égorgement suicide par l'état des lieux, la nature de l'arme qui a pu être retrouvée ou non et ses rapports avec les

blessures; par la nature, le nombre, la direction et le siège de ces blessures; par l'état de la surface du corps autopsié; par certaines lésions internes amenant des tendances au suicide; par l'état des vêtements, les empreintes et enfin par les plaies de défense ou autres marques indicatrices que pourra révéler l'examen de l'inculpé.

4° Pour la pendaison, le diagnostic différentiel entre l'homicide et le suicide sera basé sur l'examen du milieu, sur la nature du lien et du nœud; sur la direction du sillon et sur les lésions profondes de la région du cou; sur la concomitance ou non d'un autre mode de suicide ou d'autres violences meurtrières; sur les conditions générales de la pendaison et sur les preuves morales tirées de l'hérédité et de l'imitation dans le suicide.

5° La distinction entre l'assassinat fréquent et le suicide si rare par la strangulation s'établira par l'examen de la position du cadavre, des vêtements, du mode de la strangulation, la présence de marques de violences et par l'état des objets environnants.

LE DOYEN,

LORTET

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

LACASSAGNE

Permis d'imprimer

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

Lyon, le 8 novembre 1894.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Annales de Médecine légale, 1^{re} série, tome I, p. 257 (Blessures).
 » tome IV, p. 168 (Strangulation).
 » p. 408 (Suicide simulant l'homicide).
 » tome VII, p. 370 (Strangulation).
 » tome VIII, p. 375 (Homicide).
 » tome IX, p. 207 (Strangulation, suspicion d'homicide).
 » tome XV, p. 394 (Blessures du cou).
 » t. XXVI, p. 149 (Strangulation).
 » t. XLI, p. 142 (Sections du cou par instruments tranchants, Suicides).
 » 2^e série tome XXI, p. 415 (Affaire Armand, strangulation simulée).
 » tome XXIII, p. 340 (Pendaison).
 » tome XXVII, p. 164 (Pendaison).
 » t. XXVIII, p. 388 (Strangulation).
 » t. XL, p. 133 (Pendaison).
 » 3^e série tome I, p. 257 (Blessures du cou).
 » t. XVIII, p. 309 »

Bacon. — *Historia vitæ et mortis*. — 1889.

Bloeq. — *Bulletin médical*, 1889.

- Casper. — *Traité de médecine légale.*
Chailloux. — *Thèse de Paris, 1874.*
Devergie — *Médecine légale.*
Dechambre. — *Articles Pendaison et Strangulation.*
Fodéré. — *Traité de médecine légale et d'hygiène.*
Hofmann, — *Nouveaux éléments de médecine légale.*
Hyelle. — *Thèse de Strasbourg, 1888.*
Lacassagne. — *Précis de médecine judiciaire.*
Maschkä. — *Médecine légale.*
Mesnier. — *Thèse de Lyon, 1881.*
Orfila. — *Traité de médecine légale.*
Pellier. — *Thèse de Lyon, 1883.*
Tardieu. — *De la Pendaison et de la Strangulation.*
Taylor. — *Médecine légale* (traduction Coutagne).
Tourdes. — *Articles divers.*
Verse. — *Thèse de Lyon, 1891,*
Vibert. — *Médecine légale.*
Viguié. — *Thèse de Lyon, 1892.*
-

